

# ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE



FONDÉES PAR PH. PANAS — E. LANDOLT — F. PONCET

PUBLIÉES PAR

**F. DE LAPERSONNE**

Professeur de clinique ophtalmologique  
à la Faculté de Paris

**BADAL**

Professeur honoraire de clinique ophtalmologique  
à la Faculté de Bordeaux.

**TRUC**

Professeur de clinique ophtalmologique  
à la Faculté de Montpellier.

**FRENKEL**

Professeur de clinique ophtalmologique  
à la Faculté de Toulouse

**E. LANDOLT**

Oculiste honoraire de l'Institution nationale  
des Jeunes-Aveugles.

**F. LAGRANGE**

Professeur de clinique ophtalmologique  
à la Faculté de Bordeaux

**ROLLET**

Professeur de clinique ophtalmologique  
à la Faculté de Lyon.

**DUVERGER**

Professeur de clinique ophtalmologique  
à la Faculté de Strasbourg.

AVEC LE CONCOURS DE

**H. COPPEZ**

Agrégé à l'Université de Bruxelles.

**VAN DUYSE**

Professeur de clinique ophtalmologique (Gand).

**WEEKERS**

Professeur de clinique ophtalmologique (Liège)

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

**D. F. TERRIEN**, Professeur agrégé à la Faculté de Paris. Ophtalmologiste de l'Hôpital Necker.

SECRÉTAIRE ADJOINT : **D. MARC LANDOLT**, Oculiste de l'Institution nationale des Jeunes-Aveugles.

TOME TRENTE-HUITIÈME

N° 5 — MAI 1921

**MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VI<sup>e</sup>)

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR 1921 (douze fascicules à paraître) :

France..... 40 fr.      Étranger..... 50 fr.  
Prix du numéro : 4 fr. — Prix du changement d'adresse : 1 fr.

Pour tout ce qui concerne la Rédaction, s'adresser à M. le Dr F. Terrien, 48, rue Pierre-Charron — Paris-8°.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser à MM. Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain — Paris.

## SOMMAIRE du numéro 5

### MÉMOIRES ORIGINAUX

L'extirpation totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux, par le professeur ROLLET.....	257
Amaurose post-hémorragique, par le docteur F. TERRIEN.....	263
Trois cas de syndrome oculo-sympathique fruste, par le docteur MARC LANDOLT.....	269
Contribution à l'étude des kystes dans le ptérygion, par le docteur J. BISTIS.....	277
Mélanosarcome primitif du corps ciliaire, par le docteur G.-F. COSMETTATOS.....	284
Sur un traitement pratique du trachome, par M. BIRNBAUM.....	298

(Voir la suite du sommaire, page 3 de la couverture.)

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

## OPHTALMOLOGIE DU MÉDECIN PRATICIEN

Par le Dr Albert TÊRSON

2<sup>e</sup> Édition augmentée. 1 vol. de 341 pages avec 355 figures dans le texte et 1 planche hors texte en couleurs..... 26 fr. net.

POUR QUE LES YEUX PUISSENT VOIR MIEUX ET PLUS LOIN  
PRESCRIVEZ

# TELEGIC

VERRE À DOUBLE Foyer INVISIBLE

VUE PARFAITE POUR PRÈS ET POUR LOIN

Se trouve dans toutes les bonnes maisons d'Optique  
exécutant les ordonnances de M.M. les Oculistes.







**E. B. MEYROWITZ**

---

**OPTICIEN**

---

**3, Rue Scribe, PARIS**

**LONDRES ✦ NEW-YORK**

---

**Fabricant**

**D'INSTRUMENTS D'OPHTALMOLOGIE**

---

**OPHTALMOMÈTRES**

**PÉRIMÈTRE, CHAISE D'OPÉRATION**

---

**TONOMÈTRE** du D<sup>r</sup> Mac LÉAN

Modèle perfectionné

---

**LUNETTES D'ESSAIS**

**BOITES DE VERRES**

---

**VOIR NOS BULLETINS**



L'IODIQUE DE CHOIX DANS  
LA  
THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Iritis — Kératites interstitielles — Affections du fond de l'œil

*Iodogénol Pépin*

30 à 100 gouttes par jour

PÉPIN & LÉBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, à COURBEVOIE (Seine)

# ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

MAI — 1921

## MÉMOIRES ORIGINAUX

### L'EXTIRPATION TOTALE DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL MEMBRANEUX

(TECHNIQUE OPÉRATOIRE)

Par le professeur **ROLLET**

Le rapport documenté de M. Villard, sur la valeur du cathétérisme lacrymal, vient d'exposer les indications multiples et formelles de l'extirpation du sac lacrymal; c'est une vive satisfaction pour moi, de voir cette intervention, que je préconise depuis vingt-cinq années, entrer, enfin et définitivement, dans la pratique courante.

J'ai prôné l'extirpation totale du sac (1) en 1896 et 1897 (2) en proposant une technique nouvelle, précise, basée sur l'anatomie régionale; j'ai opposé à cette époque la méthode de la rugine à l'ablation parcellaire, faite à l'étranger, au couteau et à la curette.

Quoique à maintes reprises, j'ai montré les divers temps de l'opération (3), simple à pratiquer si elle est menée méthodiquement, il me paraît intéressant, après plus d'un millier d'extirpations faites dans mon service, d'insister sur certains points de détails, mais de réelle importance pour une cure radicale et rapide.

(1) Traitement des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal *Lyon médical*, 7 juin 1896.

(2) De l'extirpation du sac dans les dacryocystites (avec 8 figures), *Lyon médical*, 2 mai 1897.

(3) La cure radicale des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal. *Rev. gén. d'opht.*, 31 janvier 1913. — Nouvelle indication de l'extirpation du sac. *Soc. franç. d'opht.*, p. 419, 1906. — Technique opératoire de l'extirpation du sac lacrymal à la rugine. *Rev. gén. d'opht.*, 30 sept. 1907.

D'autre part, si j'ai toujours insisté sur le rôle de curettage du canal nasal, aujourd'hui je vais plus loin et je dis : la destruction à la curette de la fibro-muqueuse, sténosée, est particulièrement aveugle, mieux vaut chercher à la cliver, à l'extraire en bloc, en doigt de gant. Je m'efforce donc de pratiquer, comme complètement à l'extirpation du sac, l'ablation totale du canal nasal membraneux ou pédicule nasal du sac lacrymal. C'est ainsi supprimer, par décollement ou clivage, toute la portion intra-osseuse des voies lacrymales.

L'opération sera pratiquée avec l'anesthésie locale ; j'ai naturellement abandonné depuis assez longtemps l'anesthésie générale (1). Les injections périsacculaires pour l'anesthésie locale avaient l'inconvénient d'infiltrer et de modifier la région opératoire. Je préfère l'anesthésie à distance (Cantonnet), les injections juxta nerveuses portant sur le sous-orbitaire et le nasal externe, avec la solution suivante : eau distillée, 10 grammes, chlorhydrate d'adrénaline, 0,001 milligramme, novocaïne, 0,20 centigrammes ou produits identiques : scurocaïne, allocaïne, syncaïne.

Premier temps. — *Incision de la peau, de l'aponévrose présacculaire et ouverture de l'espace prélacrymal.* Cette incision est faite avec la pointe d'un petit bistouri.

L'incision a 12 millimètres, lors d'ectasie sacculaire minime. Elle sera plus étendue en cas d'ectasie géante. A l'incision perpendiculaire préconisée actuellement, je préfère toujours l'incision verticale en haut et courbe en bas, car elle répond à la notion anatomique. Elle part en haut du relief du ligament palpébral interne et un peu en dedans de la réunion des extrémités internes de chacun des tarse. Cette incision correspond au sillon cutané curviligne orbito-palpébral et, profondément, au bord tranchant externe, également curviligne, de l'apophyse montante du maxillaire inférieur : elle permettra facilement de reconnaître l'orifice supérieur du canal nasal. L'incision, m'a objecté de Wecker (2) « laisse toujours une cicatrice plus ou moins apparente fort peu goûtée des dames ». Inutile d'ajouter que cette objection n'a plus aucune valeur. Il n'y a pas de cicatrice visible permanente, s'il y a

(1) DUMAS, De l'anesthésie en chirurgie oculaire. Thèse de Lyon, juillet 1914.

(2) ROLLET, Ectasie géante du sac lacrymal. *Bulletin, Soc. franç. d'ophth.*, 1904 ; Discussion, de Wecker, p. 218.

réunion immédiate suivant une incision correcte, j'allais dire esthétique.

Le bistouri a sectionné peau et tissu cellulaire sous cutané. Puis il coupe la lame aponévrotique tendue du tendon direct de l'orbiculaire à la crête de l'apophyse montante et l'on tombe dans l'espace cellulaire présacculaire que j'ai décrit anatomiquement et qui est le siège de la tumeur prélacrymale (1).

Deuxième temps. — *Recherche du sac.* — Le bistouri a été déposé et l'instrument ne doit plus servir, en aucune façon, ni pour le sac, ni pour le canal. Les lèvres de l'incision sont réclinées à l'aide de deux écarteurs à manche, comportant chacun quatre dents recourbées, suivant, par exemple, le modèle que j'ai fait construire. La peau est ainsi solidement écartée et symétriquement. Il importe de ne pas changer les rapports anatomiques et c'est ce qui m'a décidé à abandonner mon écarteur à ressort semblable à un blépharostat, la plaie est tirillée et les manœuvres sont gênées. Je reconnais cependant que les écarteurs à manche nécessitent la présence d'un aide.

L'opération va se faire dès à présent à la rugine tranchante, instrument que j'ai proposé en 1896. Ni bistouri, ni ciseaux. On reconnaît deux points de repère :

1° En haut le tendon direct et nacré de l'orbiculaire. Il est dit de le sectionner. Je persiste à le conserver et cela uniquement parce qu'il indique d'une façon absolue où est le sac, où sera poursuivie la recherche. L'opérateur voit le tendon, donc le sac se trouve au dessous, c'est là où la pince détache le tendon, où la rugine tranchante ira le décoller. Le tendon recouvre le fond du sac et ce n'est que très exceptionnellement qu'il le divise en deux parties inégales.

2° En bas, la crête osseuse antérieure du canal nasal. Entre ces deux points de repère, on aperçoit le sac sous forme d'une petite masse allongée, de couleur grise, devenant franchement blanchâtre sous l'action de l'adrénaline.

On fait l'hémostase avec de petits tampons d'ouate humide et serrée. L'hémorragie en nappe est peu gênante lors d'anesthésie locale. Il y a hémorragie en jet si l'on a coupé les vaisseaux angu-

---

(1) La tumeur prélacrymale. *Annales d'oculistique*, mai 1900 et Aribaud, *Thèse de Lyon*, 1901.

laïres lors d'incision trop en dedans; cela n'a aucune importance, mais il faut alors saisir le vaisseau et quelquefois ses deux bouts à l'aide d'une fine pince hémostatique, puis cet instrument remplacera en dedans l'écarteur. Jamais de ligature au catgut, la forcipressure suffit.

Troisième temps. — *Décortication du sac à la rugine et du canal nasal membraneux à la gouge.* — On saisit la face antérieure du sac lacrymal avec une pince à dents de souris et l'on fait en sorte de ne pas lâcher prise; tirer sans déchirer les sacs amincis. On procède à la décortication du petit organe avec la rugine tranchante. On libère d'abord en dedans, en mettant la gouttière osseuse à nu où repose la face interne du sac. La rugine ne doit pas décoller le périoste, comme il a été dit, puisqu'il est inexistant en ce point; elle ne doit pas mordre l'os, afin d'éviter chez les jeunes sujets des réactions sous forme d'hyperostose; elle ne doit pas s'égarer dans l'unguis ou les cellules ethmoïdales pour amener un retard de consolidation et faire croire à l'ostéite des vieux auteurs qui ne se rencontre pas. Puis en haut, en passant ma rugine sous le tendon direct de l'orbiculaire non sectionné, on fait basculer le dôme sacculaire qui est libre et n'adhère pas au tendon. La prise du fond du sac, surtout s'il est sclérosé, devient de toute solidité. Même manœuvre pour la face postéro-externe, en arrière et en dehors où l'on évitera toute échappée. Section au ras du ou des canalicules lacrymaux, toujours à la rugine.

Le sac étant ainsi bien isolé, au lieu de le couper à la crête osseuse comme je le faisais jadis, je m'efforce de décortiquer tout son pédicule nasal (1).

C'est à l'aide d'une petite gouge, à extrémité mousse, large de 2 millimètres, que je décolle profondément le canal lacrymo-nasal. On sépare ainsi le canal membraneux en tuyau de pipe de son manchon formé par le canal osseux. Par de légères tractions, même sans torsion, tout l'appareil intra-osseux des voies lacrymales vient, en tirant sur le sac.

Donc pas de section aux ciseaux ou au bistouri, mais recherche à la gouge, d'un plan de clivage de la fibro-muqueuse.

Si l'en veut procéder ainsi avec méthode, on effectue l'ablation

---

(1) De l'extirpation du sac lacrymal avec pédicule nasal. *Soc. d'opht. de Lyon*, 15 mars 1921.



totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux, c'est-à-dire d'une petite masse de 25 millimètres de longueur. Si l'on met de suite l'appareil dans un cristalliseur rempli d'eau, on le voit allongé si l'ectasie sacculaire est de minime importance, au contraire à forme fusiforme, piriforme, à aspect de larme batavique :

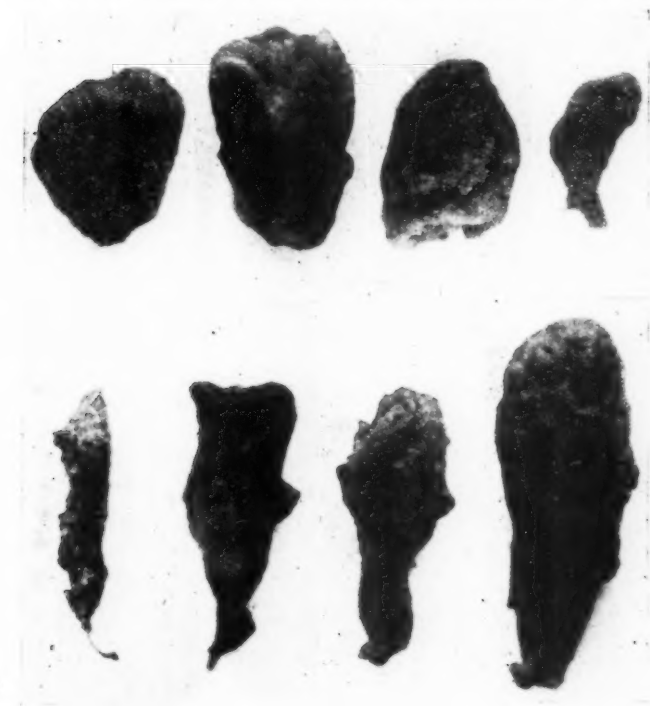


FIG. 1.

à la dilatation sacculaire fait suite le conduit nasal muco-membraneux, infundibuliforme, bosselé, rectiligne ou filiforme. En haut et latéralement, l'orifice béant canaliculaire lacrymal ; en bas l'orifice inférieur nasal. Ainsi la portion naso-canaliculaire peut elle même être dilatée comme le sac lui-même ; l'ectasie peut même atteindre le canal osseux qui se déformera comme au sinus frontal. Le phénomène contraire existe aussi, canal membraneux atrophié, ratatiné, dans une voie osseuse rétrécie.

Voici la photographie (fig. 1) de 8 sacs lacrymaux dont plusieurs ont été enlevés par mon chef de clinique le docteur Bussy. Là on reconnaîtra le sac lacrymal ovoïde, bien isolé, ailleurs c'est le sac lacrymo-nasal ou sac pourvu de son canal nasal membraneux avec les divers aspects que nous venons de lui décrire.

Quatrième temps. — *Inspection de la loge lacrymale et du canal nasal. Pansement.* — On examine la loge lacrymale. Si l'extirpation totale a été faite en bloc, l'opération est terminée. Si à l'examen de la pièce extirpée ou de la région, on voit des vestiges du sac, l'extirpation du sac ayant dû être faite anormalement par morcellement, on les enlève en totalité à la pince, à la rugine mieux qu'aux ciseaux et sans faire usage de curette. De même si l'extraction du canal membraneux n'a été qu'incomplète, en raison de friabilité ou de péricanaliculite, à la curette olivaire de 3 à 4 millimètres, suivant l'âge et le sexe, on évidera le canal nasal qui devient ainsi franchement osseux et on fait un drainage très important au point de vue de la réunion immédiate de la plaie. Le sujet à ce moment ressent quelques douleurs et s'écrie que l'instrument passe dans le nez. Il n'y a pas d'hémorragie lors de l'extraction du sac, puisqu'il n'existe pas de vaisseaux profonds, les vaisseaux du sac viennent des parties latérales, des angulaires et palpébraux, c'est donc au début seulement de l'opération que l'hémorragie est légèrement gênante parfois. Mucosités nasopharyngiennes sanguinolentes sans importance, indiquant la pénétration dans le méat inférieur.

Les lèvres de la plaie sont béantes, il n'y a jamais d'écoulement sanguin. On ne place ni drain, ni mèche, et surtout jamais de cautérisation ignée. J'ai écrit jadis que « la thermocautérisation, les fils pour réunion immédiate, le drainage, constituent trois procédés qui retardent inutilement la guérison (1) ». Je suis moins sévère aujourd'hui pour la suture qui me paraît d'un intérêt restreint ; je proscriis énergiquement drainage et cautérisation. La cautérisation ignée n'est qu'un souvenir de la destruction du sac par le feu, elle a été proposée encore récemment, je considère qu'elle peut retarder ou compromettre le succès opératoire, en tout cas elle est parfaitement inutile, puisque je n'ai pas souvenance de l'avoir employée.

(1) Ectasie géante du sac lacrymal. *Bulletin de la Soc. franç. d'ophth.*, p. 218, 1904.

Le drainage se fait par le canal osseux et même si le sac rempli de pus a crevé et a inoculé la plaie, on obtient, fait très curieux, mais indiscutable, une réunion immédiate. On rapproche les lèvres de la plaie avec un tortillon d'ouate qui comprimera l'angle interne, mais non le globe oculaire. Ce pansement à plat est suffisant. Rondelles de gaze, monocle. Le troisième jour, pansement; il y a réunion immédiate quand le sac lacrymo-nasal a été vraiment enlevé en totalité et à froid.

---

### AMAUROSE POST-HÉMORRAGIQUE

Par le docteur **F. TERRIEN.**

La pathogénie des troubles visuels observés à la suite de fortes hémorragies, malgré les nombreux travaux dont elle a été jusqu'ici l'objet, est encore obscure et ceci, semble-t-il, pour deux raisons principales.

L'expérimentation, à elle seule, se montre insuffisante, car elle devrait porter sur un nombre d'animaux considérable et de plus, l'irrigation de la rétine chez la plupart des animaux susceptibles d'être utilisés est différente de celle de l'homme.

De même, l'anatomie pathologique donne peu de renseignements, en raison du petit nombre de cas soumis à l'examen anatomique et aussi à cause de la précocité des lésions et de leur peu de durée. Si le malade a succombé, l'examen a lieu trop tard pour fournir des renseignements utiles; ou bien la mort survient de bonne heure, avant que les troubles visuels aient pu être constatés.

C'est donc très justement que la Société d'ophtalmologie de Paris a mis cette question à son prochain ordre du jour. Seule une étude attentive de toutes les observations et la publication par chacun des faits qu'il a pu rencontrer permettra de préciser la pathogénie de semblables troubles. Aussi, nous paraît-il intéressant de relater ici deux observations recueillies, l'une dans la pratique civile, l'autre au cours de la guerre.

**OBSERVATION I.** — Marie F., âgée de 30 ans, primipare, entre dans le service de la crèche du docteur Cuffer à l'hôpital Necker où nous étions

interne, le 1<sup>er</sup> juillet 1897, pour des troubles diarrhéiques de son nourrisson âgé de 4 mois. Elle même se plaint de troubles visuels apparus à la suite de l'accouchement. La malade était primipare et la délivrance, dit-elle, a été suivie d'une hémorragie profuse très abondante qui continua 48 heures au point que la malade était très affaiblie et reçut dit-elle, de nombreuses injections de sérum. 10 heures plus tard, à son réveil, elle se plaint de voir très mal ; toute la moitié inférieure des objets n'était pas perçue. Étant donné la gravité de son état général et sa faiblesse très grande, l'examen oculaire n'est pas pratiqué. Peu à peu l'état général s'améliore et aussi les troubles visuels. La malade quitte la Clinique et entre quelques semaines plus tard dans le service du docteur Cuffer mo-

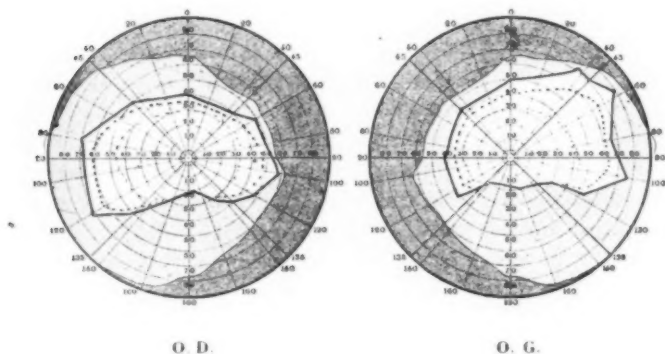


FIG. 1. — Champs visuels de l'observation 1.

mentanément remplacé par le docteur Guinon, pour les troubles diarrhéiques de son enfant qui guérissent en quelques jours.

La mère se plaint de quelques troubles visuels et nous demande de les soulager par le port de lunettes. Hypermétropie faible;  $V = 1/4$  à droite et  $1/5$  à gauche ; peu améliorée par les verres. L'examen ophtalmoscopique montre une atrophie partielle des papilles. Celles-ci sont fortement décolorées et leurs limites sont très nettes. Les vaisseaux sont normaux. Pupilles légèrement paresseuses à la lumière. L'examen périmétrique montre un rétrécissement assez prononcé des deux champs visuels et une disparition presque complète de la moitié inférieure de ces deux champs (fig. 1). Ceci explique la gêne rencontrée pour la marche et surtout pour descendre des escaliers. L'examen du sang, pratiqué par notre collègue et ami, — J. Hallé, — donnait la formule suivante :

Nombre de globules rouges par millimètre cube : 4.200.000

Richesse en hémoglobine : 0gr.12 par millimètre cube.

Valeur globulaire : 0,78

Nombre de leucocytes, par millimètre cube : 7.800.

Variétés :

Polynucléaires neutrophiles . . . . .	65 p. 400
Éosinophiles. . . . .	3 —
Lymphocytes . . . . .	40 —
Grands mononucléaires . . . . .	7 —

En somme aucune altération bien nette, si ce n'est une légère diminution du nombre des globules rouges et une proportion un peu forte d'éosinophiles.

Rien d'autre à noter dans l'état général. Aucun signe de tabès ni de syphilis.

Cette observation est à rapprocher de celle de Chevallereau (1), qui avait trait à une femme de 38 ans, syphilitique depuis 8 ans. Après neuf grossesses assez régulières, elle fut prise d'hémorragies utérines très abondantes. Elles entraînèrent une cécité aux deux yeux qui persista et se compliqua d'atrophie optique.

Obs. II. — Le soldat W. Muller, âgé de 24 ans, est blessé à Varedde, en septembre 1914, par un éclat d'obus qui lui fracasse la jambe gauche et détermine une hémorragie abondante. Il perd connaissance et demeure 4 jours sur le champ de bataille. Relevé par les nôtres le 11 septembre au moment de la retraite de l'ennemi il fut reçu par nous dans la nuit avec un convoi de 300 Allemands à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et admis dans le service de M. Walther, alors médecin principal. A son arrivée on constate une blessure comminutive de la cuisse avec sphacèle de toute la région intéressée et phlegmon gazeux assez étendu. Le blessé très faible, exsangue et fébricitant, est amputé le lendemain de son arrivée. Les jours suivants la température s'abaisse, l'état général s'améliore et en même temps le sujet, moins affaibli, se plaint alors de voir trouble.

Nous sommes appelé à ce moment, 12 à 15 jours environ après le début des accidents.

L'aspect extérieur des yeux est normal. Motilité normale. L'œil droit compte les doigts à 1 m. 50. L'œil gauche distingue les mouvements de la main à quelques centimètres.

Pupilles moyennement dilatées et immobiles, réagissant à peine à une lumière très vive. Les réflexes sont conservés à la convergence. Les pupilles sont légèrement troubles et les limites en sont indistinctes. Les vaisseaux sont dilatés et légèrement sinueux. Le champ visuel est très fortement rétréci des deux côtés, aussi bien pour le blanc que pour les

(1) CHEVALLEREAU, Sur un cas d'atrophie papillaire brusque consécutive à des hémorragies utérines. *Archives d'ophtalmologie*, 1903, p. 417.

couleurs et comme dans l'observation précédente presque totalement déficient dans sa moitié inférieure (fig. 2).

La vision s'améliore lentement, plus du côté droit que du côté gauche, et au moment de son départ, dans le courant de novembre, l'acuité visuelle du malade était de 1/10 à droite tandis que l'œil gauche pouvait compter les doigts à 0 m. 25.

En même temps la réaction pupillaire était revenue presque nor-

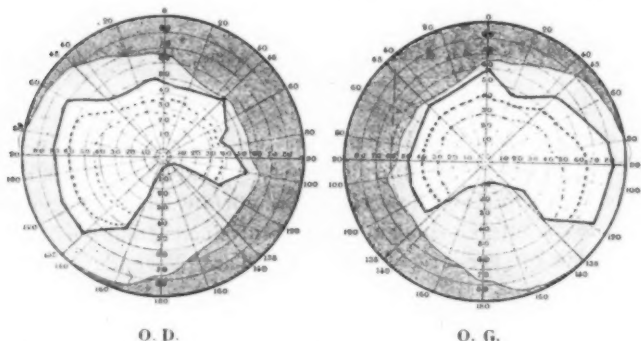


FIG. 2. — Champs visuels de l'observation II.

male à droite et demeurait très paresseuse à gauche. L'examen ophtalmoscopique montre à droite une papille légèrement décolorée avec des limites un peu indistinctes du côté temporal et une légère pigmentation de ce côté. Les réflexes rétinien sont normaux. A gauche la papille est blanche. Les limites en sont un peu moins nettes du côté temporal avec pigmentation légère et les artères sont un peu rétrécies.

Ces observations sont intéressantes, la seconde surtout, en raison de la rareté des troubles visuels observés à la suite des hémorragies traumatiques. La rareté des observations d'amaurose à la suite des blessures de guerre, qui cependant provoquent des hémorragies considérables, est remarquable en effet. On ne trouve guère d'observations relatées au cours de la guerre 1870-1871 et si dans la dernière quelques faits semblables ont été notés ils sont exceptionnels.

La pathogénie de semblables accidents est très difficile à préciser. Il semble bien que le trouble visuel ne puisse être rapporté à la seule anémie, car il est rarement immédiat. Il est exceptionnel, en effet, que celui-ci se montre au cours de l'hémorragie. D'après l'ensemble des statistiques publiées, ceci se rencontre à



peine 1 fois sur 10 cas. De même, il est également très rare qu'il se montre aussitôt après l'hémorragie, à peine 1 fois sur 10 également. Rarement encore il apparaît au cours des 12 ou 24 heures suivantes, dans 12 à 15 p. 100 des cas. A mesure qu'on s'éloigne du moment de l'accident il se montre avec une fréquence plus grande, dans 20 p. 100 des cas dans les 48 premières heures et enfin 40 p. 100 dans les 3 à 10 jours qui suivent l'hémorragie.

Ce n'est donc le plus souvent que quelques jours après celle-ci qu'apparaît le trouble visuel, au moment où l'anémie est moins accentuée et où le sujet, moins faible, commence à reprendre des forces.

Dans notre seconde observation, le moment de son apparition ne put malheureusement être noté avec précision.

Dans les cas où l'examen ophtalmoscopique a pu être pratiqué dès les premiers jours, les papilles se montrent hyperémiées, légèrement troubles comme dans notre seconde observation. Et même quelquefois on a constaté l'aspect d'une véritable névrite œdémateuse.

Les pupilles sont moyennement dilatées, il en était ainsi dans notre première observation, et très paresseuses à la lumière ou même le réflexe lumineux a totalement disparu. Souvent si un seul œil est amblyope la pupille se dilate davantage après occlusion de l'œil sain, indice d'une lésion organique sur le trajet du nerf optique, ce qui ne pourrait exister s'il s'agissait d'une lésion centrale.

Les formes du rétrécissement du champ visuel méritent de nous arrêter. Le rétrécissement porte sur la totalité du champ, mais il a presque toujours son maximum dans la moitié inférieure. Il en était ainsi dans le cas de Chevallereau et dans nos deux observations et ce point peut permettre de comprendre dans une certaine mesure le mécanisme des lésions.

Un fait demeure acquis : celles-ci sont toujours périphériques et portent tantôt sur la rétine, tantôt sur le nerf optique. Sans doute, la plupart des altérations anatomiques constatées ne sont-elles pas toujours primitives ; mais il s'agit toujours de lésions périphériques et on ne peut, pour expliquer les troubles observés, incriminer des altérations centrales ni une anémie du centre cortical, comme l'ont voulu certains auteurs. On ne pourrait comprendre alors l'apparition tardive des troubles visuels, souvent

4, 5 jours et même davantage après l'hémorragie et surtout la dissymétrie des altérations du champ visuel.

Il s'agit certainement de lésions périphériques à point de départ rétinien. Et sans doute celles-ci sont-elles favorisées tout d'abord par la chute de la pression générale et par la faiblesse des contractions cardiaques, qui se fera naturellement sentir en premier lieu sur les artères les plus petites et les plus périphériques. A ce point de vue, les artères de la rétine qui, en même temps, représentent un système fermé, seront plus facilement intéressées que d'autres.

L'insuffisance de l'apport sanguin dans les petites artères, en particulier dans les artères rétinienne, sera encore accrue par la contraction des petits vaisseaux sous l'influence des vaso-constricteurs, du fait de l'irritation du centre par le manque d'oxygène.

Il faut ajouter ici, comme nouvelle circonstance défavorable, le tonus du globe, peu abaissé, en dépit de la diminution de pression générale, et qui concourt encore à la gêne circulatoire dans les petites artères de la rétine.

Ce phénomène primordial se complique aussitôt de transsudation de sérosité des parties voisines, d'où formation d'œdème en certains points, ce qui explique la névrite et l'œdème du nerf optique quelquefois constatés au début des accidents.

D'ailleurs, cette anémie rétinienne est tout au plus capable de préparer les troubles visuels et n'en est certainement pas le facteur déterminant. Elle ne pourrait être retenue que dans les cas où le trouble est survenu aussitôt après l'hémorragie. Mais nous avons vu que le plus souvent il est tardif et apparaît seulement les jours suivants, au moment précisément où l'état général s'améliore.

Il faut mentionner aussi l'œdème de la papille, souvent assez accentué, ou même une névrite optique légère, constatée par la plupart de ceux qui ont pu suivre les observations tout à fait au début. Dans notre seconde observation où l'examen cependant ne put être pratiqué que quelques jours après l'apparition des accidents, il existait encore un léger degré de névrite optique qui peut-être avait été plus accentué. Il est vraisemblable que cette névrite légère contribue à gêner l'irrigation sanguine et serait la condition nécessaire du trouble de nutrition de celle-ci

et de l'apparition des troubles visuels. Ainsi s'expliquerait leur début relativement tardif.

Sans doute le trouble visuel observé en pareil cas reconnaît-il une origine toxique; la même quantité de toxines retenues dans l'économie étant répartie sur une nappe sanguine beaucoup moins considérable pourra suffire à provoquer des troubles visuels intenses, surtout s'il existe déjà un certain degré d'intoxication. Et ceci nous donne peut-être la raison de la rareté de ces troubles visuels après les hémorragies traumatiques, comparativement à ceux observés après les hémorragies dyscrasiques, à la suite d'hémophilies, d'hématémèses, etc., le sujet étant déjà alors plus ou moins affaibli et intoxiqué par la maladie causale.

Enfin, peut-être faut-il aussi incriminer un troisième facteur représenté par la disposition des artères rétiniennes. Il est assez remarquable en effet, que dans le plus grand nombre des observations (il en était ainsi dans nos deux observations et dans quatre récentes de Pincus) le maximum des lésions porte sur la moitié inférieure du champ visuel, simulant presque une hémianopsie inférieure, par exemple dans l'observation de Chevallereau. On peut, dans ces conditions, se demander si l'ischémie rétinienne n'est pas favorisée par la disposition anatomique des vaisseaux rétiens et par l'attitude de la tête. La partie de la rétine la moins bien irriguée sera naturellement la partie supérieure, et si cette attitude est sans importance chez l'individu normal, elle peut ajouter aux éléments qui favorisent déjà l'ischémie un nouveau facteur qui n'est peut-être pas négligeable.

### TROIS CAS DE SYNDROME OCULO-SYPATHIQUE FRUSTE

Par le docteur **MARC LANDOLT.**

Parmi les tableaux cliniques intéressants que la guerre nous a permis d'observer, il faut signaler les manifestations dues à des lésions du sympathique cervical.

Très rare en temps de paix, ce syndrome ne se rencontrait guère qu'au cours d'affections du dôme pleural, ou à la suite de tumeurs du cou ou du médiastin postérieur; le syndrome de Mme Déjerine-

klumpke n'est pas courant ; plus rare encore est le syndrome de Claude Bernard-Horner par lésion médullaire.

La paralysie du sympathique cervical se manifeste du côté de la tête par un ensemble de symptômes bien connus. Pour les ophtalmologistes ce sont, bien entendu, les signes oculaires qui occupent le premier plan. Le hasard veut que récemment encore nous ayons été consulté par une dame qui se plaignait de sensations vagues, de picotements et de larmoiement, du côté de son œil droit ; ces troubles n'étaient que la manifestation d'une forte hyperémie de la conjonctive par vaso-dilatation, avec laquelle de l'énophtalmie, une fente palpébrale moins ouverte et un myosis prononcé formaient un ensemble classique.

Quand le syndrome est bien complet, le diagnostic s'impose d'ordinaire, mais tel n'est pas toujours le cas. Les traumatismes de guerre, en particulier, ont provoqué des lésions très diverses du système sympathique, lésions variables, non seulement dans leur localisation, mais bien souvent aussi dans leur intensité.

Il a pu arriver, par exemple, que les symptômes soient trop atténués pour permettre l'affirmation d'un diagnostic ; et souvent on a observé des blessures dont le siège devait, ou pouvait, intéresser le sympathique à un certain niveau sans que l'on constatât aucun signe oculaire.

Nous avons pu étudier au Centre neurologique dirigé par M. le docteur Gustave Roussy, 3 cas de lésions plus ou moins frustes du sympathique cervical, qui nous ont permis de mettre en œuvre l'épreuve, courante en ophtalmologie, de l'excitation médicamenteuse des terminaisons du sympathique.

Voici les 3 observations :

OBSERVATION I. — Pa. Louis, 25 ans. Le 29 septembre 1913, en Champagne, enseveli sous un abri. Fracture de la clavicule gauche, tiers externe, et subluxation de l'épaule gauche. Blessure par E. O. de la jambe gauche. Six mois d'hôpital. Le 21 juillet 1918, blessure par E. O. au niveau de la région deltoïdienne gauche. Deux projectiles inclus, l'un au sommet du creux axillaire, partie postérieure, l'autre dans la partie externe du grand dorsal, à peu près à la même hauteur.

Cycle hospitalier varié. Entre dans le service de M. Roussy le 19 novembre 1918.

On ne constate aucune atrophie du membre supérieur. Les mouvements passifs et les mouvements volontaires sont tous possibles et normaux.

Le malade accuse une diminution de la force du bras gauche quand il

fait un effort soit pour soulever un fardeau de terre, soit pour l'élever au-dessus de sa tête. Au dynamomètre, main gauche = 34 K ; main droite = 43 K.

Sensibilité : douleur sourde au niveau de l'épaule et se propageant par secousses au niveau du bras, de l'avant-bras et des deux premiers doigts. Anesthésie de la face dorsale et palmaire du pouce et de l'index. Anesthésie de l'éminence thénar et du premier espace interdigital, face dorsale et palmaire. Hypoalgésie très prononcée dans les mêmes régions. Bande d'hypoesthésie le long du bord radial de l'avant-bras, commençant au niveau du tiers moyen et finissant au niveau du coude, sur une hauteur de 15 centimètres et d'une largeur de 3 centimètres. Topographie radiculaire C. 6 — C. 7.

Réflexes stylo-radiaux et radio-pronateurs droit et gauche faibles. Réflexe tricipital gauche plus faible que le droit.

Un examen très attentif donne l'impression que la fente palpébrale gauche est diminuée et qu'il existe un peu d'énophtalmie de ce côté. Les deux pupilles sont égales et réagissent normalement. Aux deux yeux acuité visuelle normale, accommodation normale.

Légère élévation thermique au niveau de la joue gauche.

Obs. II. — Be. Raymond 23 ans, blessé en Champagne le 8 octobre 1918 par balle, région gauche du cou, séton antéro-postérieur transcervical.

Entre au Centre neurologique de Besançon le 26 novembre 1918.

Atrophie du membre supérieur gauche de 2 centimètres et demi au bras à 20 centimètres au-dessus de l'olécrâne, et de 2 centimètres et demi pour l'avant-bras à 11 centimètres au-dessous de l'olécrâne. Légère atrophie des muscles de l'éminence thénar gauche. Le muscle adducteur du pouce paraît également légèrement atrophie.

Tous les mouvements passifs du membre supérieur gauche sont possibles et normaux. Tous les mouvements actifs sont également normaux comme amplitude, sauf le mouvement d'extension de la première phalange des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts gauches.

Les réflexes sont sensiblement égaux à ceux du membre opposé.

Pas de troubles sensitifs.

Réaction de dégénérescence partielle et limitée au nerf radial gauche ; réaction de dégénérescence partielle sur le nerf médian à la main gauche.

Troubles vaso-moteurs et thermiques légers au niveau de la main gauche.

Très légère diminution de la fente palpébrale gauche. Pupilles égales et normales au moment de l'examen.

Obs. III. — Ki. Léon 21 ans. Hémiplégie spinale gauche, suite de lésion indirecte de la moelle cervicale (phase quadriplégique au début).

Tombé sous les roues d'une voiture qu'il conduisait, le 24 août 1918. Traîné pendant une dizaine de mètres par le véhicule qui lui passa fina-

lement sur le corps au niveau des reins. Serait resté plusieurs jours sans connaissance, et aurait dû être sondé 2 fois par jour pendant 15 jours.

Pas d'atrophie notable du membre supérieur gauche. A la main, atrophie légère de l'éminence hypothénar, des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> interosseux, et de l'adducteur du pouce.

Tous les mouvements actifs et passifs sont possibles et normaux, sauf le mouvement d'adduction et d'abduction des doigts ; ceux-ci sont limités, notamment l'adduction du 5<sup>e</sup> doigt.

Réflexes tendineux égaux aux deux membres supérieurs.

Réactions électriques normales, sauf R. D. légère sur le nerf cubital et ses muscles à la main gauche.

Pendant la station debout, le corps s'appuie principalement sur le membre inférieur droit. Légère ascension du bassin côté gauche.

Le malade accuse une sensation de pesanteur dans la continuité du membre inférieur gauche à l'occasion d'une marche, même peu prolongée. Pas d'atrophie notable de ce membre. Tous les mouvements actifs ou passifs des deux membres inférieurs sont possibles et normaux.

Pas de troubles de la sensibilité subjective. Objectivement, il existe une très légère hypoesthésie au niveau de la région supérieure de la cuisse gauche, face interne.

Réflexes tendineux normaux ; cutanés abdominaux D. et G. abolis ; crémasteriens faibles ; cutanés plantaires en flexion.

Ébauche de clonus rotulien, et trépidation spinale du pied s'épuisant très rapidement.

Parfois dysurie le matin. Pas de troubles génitaux.

L'examen de la colonne vertébrale cervicale, au point de vue clinique ne décèle aucune lésion.

Les deux fentes palpébrales sont bien ouvertes, mais la gauche moins que la droite. La pupille gauche paraît plus petite que la droite, mais la différence n'atteint pas un demi-millimètre.

L'épreuve à la cocaïne fut positive chez nos trois malades, elle mit très rapidement en évidence une différence d'excitabilité entre les deux sympathiques.

Nous donnons ici la reproduction de la notation graphique des diamètres pupillaires chez les deux premiers malades. Au bout de 10 minutes, la pupille droite était sensiblement agrandie, alors que la pupille gauche n'avait pas varié. Au bout de 20 minutes un léger effet mydriatique se faisait sentir également de ce côté, ce qui ne doit pas surprendre puisqu'il ne s'agissait pas de paralysie complète du sympathique. Le graphique du premier malade montre que pour la même raison, la fente palpébrale gauche, elle aussi, n'est pas restée entièrement insensible à la cocaïne ;



*"Pour que les yeux puissent voir mieux"*

R. & L. O. G.

# SOCIÉTÉ D'OPTIQUE TELEGIC

7, Rue Pastourelle, PARIS

Tél. : Archives 17-89 Adresse Télégr. Télégic-Paris

Laboratoire d'optique à Joinville-le-Pont

MONSIEUR LE DOCTEUR.

ÉTANT CONVAINCUS DE LA GRANDE IMPORTANCE (TANT POUR LA VUE DE VOS CLIENTS QUE POUR VOTRE BONNE RÉPUTATION) DE LA FAÇON RIGOREUSEMENT EXACTE AVEC LAQUELLE VOS ORDONNANCES DOIVENT ÊTRE EXÉCUTÉES, NOUS AVONS L'HONNEUR DE VOUS INFORMER QUE NOUS AVONS FAIT INSTALLER, POUR LA PRODUCTION DES VERRES OPHTALMIQUES, DES LABORATOIRES SPÉCIAUX D'OPTIQUE, CONTENANT LES APPAREILS LES PLUS PERFECTIONNÉS DU MONDE ENTIER.

CES VERRES, DONT LA COMPOSITION CHIMIQUE ET LA COURBURE OPTIQUE PRÉCISE SONT IRRÉPROCHABLES, SONT VÉRIFIÉS AVANT LEUR LIVRAISON PAR DES INGÉNIEURS CHIMISTES D'ÉLITE, SPÉCIALISÉS DANS L'OPTIQUE MÉDICALE.

NOUS NOUS EFFORÇONS DE RENDRE LA HAUTE VALEUR SCIENTIFIQUE DE NOS VERRES OPHTALMIQUES DIGNE DE VOTRE APPROBATION ET DE CELLE DE LA SCIENCE OPHTALMOLOGIQUE.

EN PRESCRIVANT À VOTRE OPTICIEN D'EXÉCUTER VOS ORDONNANCES AVEC DES VERRES OPHTALMIQUES DE LA SOCIÉTÉ TELEGIC, TELS QUE LES TELEGIC, VERRES À DOUBLE Foyer invisible ; STANTORIC, VERRES À COURBURES TORIQUES COMPENSÉES POUR LA CORRECTION DE L'ASTIGMATISME, VERRES TORISCOPIQUES, ETC., VOUS SEREZ CERTAIN QUE VOTRE CLIENT AURA LES VERRES LES PLUS PARFAITS QUE LA SCIENCE D'OPTIQUE PUISSE PRODUIRE.

TOUS NOS VERRES PEUVENT ÊTRE FAITS EN VERRE FILTRAYS DONT LA COMPOSITION CHIMIQUE ATTÉNUÉ LES RAYONS NUISIBLES À L'ŒIL, ADOUCIT LA LUMIÈRE SANS NUIRE À LA CLARTÉ DES OBJETS.

NOUS SOMMES À VOTRE DISPOSITION POUR TOUS RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX VERRES OPHTALMIQUES.

SOCIÉTÉ D'OPTIQUE TELEGIC.

MASSON ET C<sup>ie</sup> ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

MANUEL  
DE  
=NEUROLOGIE=  
OCULAIRE

PAR

**F. DE LAPERSONNE**  
Professeur de Clinique ophtalmologique  
à la Faculté de médecine de Paris.

ET

**A. CANTONNET**  
Chef de Clinique ophtalmologique.

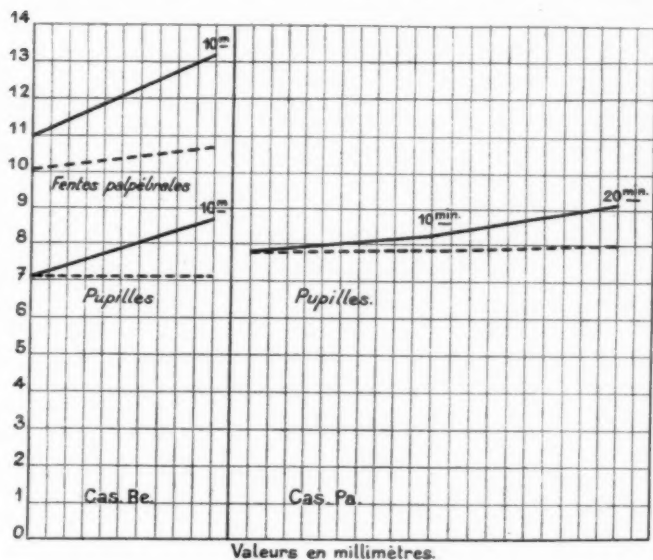
Ce livre ne s'adresse pas seulement aux Ophtalmologistes et aux Neurologistes, il permet aux Médecins non spécialistes de reconnaître les manifestations oculaires nerveuses de telle ou telle affection générale; par elles ils arriveront à un diagnostic précoce et pourront établir une thérapeutique rationnelle.

Ce manuel est suivi d'un index dans lequel le lecteur trouve rapidement toutes les indications nécessaires à l'étude d'une question de neuropathologie oculaire.

1 volume in-8° de vi + 368 pages avec 106 figures dans le texte. 6 fr. 50 net.

mais la dilatation a été moins vive que du côté sain. Le muscle de Muller, qui se trouve tout au voisinage des culs-de-sac conjonctivaux est plus rapidement accessible au collyre, ce qui explique que l'action s'y fait sentir plus tôt que sur la pupille.

Il est intéressant de rapprocher ces graphiques de ceux que nous a donnés l'étude de l'anisocorie des trépanés (1). Nos recherches nous avaient permis de conclure que les troubles pupillaires, observés parfois en même temps que le syndrome subjec-



tif des trépanés, étaient d'ordre purement vaso-moteur ; nous nous étions basé sur les réactions de l'iris à différents collyres. Dans tous ces cas, même quand les pupilles étaient franchement en myosis, l'instillation de cocaïne était suivie d'une dilatation progressive et absolument parallèle des deux pupilles. Il paraît maintenant plus évident encore que le myosis n'était pas dû à une paralysie du dilatateur, puisque chez les malades à syndrome oculo-sympathique qui nous occupent ici, la parésie, in-

(1) MARC LANDOLT, Étude de l'inégalité pupillaire chez les trépanés. *Annales de médecine*, novembre-décembre 1918.

suffisante même pour donner un myosis appréciable, entraîne une insensibilité considérable à l'excitation cocaïnique.

Pour ce qui est de la mise en pratique de l'épreuve de la cocaïne, nous croyons préférable de n'instiller que des solutions relativement faibles, de 1 à 2 p. 100 ; un collyre plus concentré pourrait donner un coup de fouet trop vigoureux, et provoquer une dilatation très sensible du côté malade ; mais même dans ce cas, la réaction y serait moins ample, et surtout moins prompte que de l'autre côté, et le phénomène s'observerait quand même, à la condition de ne pas perdre de vue son malade pendant les 5 à 10 minutes qui suivent l'instillation.

Une autre recommandation encore nous paraît utile. L'éclairage, qui a une très grande influence sur le diamètre pupillaire, peut parfois masquer le phénomène recherché. Il ne faut faire cette expérience ni sous une lumière trop vive, qui tendrait à maintenir en myosis la pupille saine, ni dans une trop grande pénombre qui, à elle seule, suffirait à faire dilater une pupille dont l'innervation sympathique dilatatrice ne serait que faiblement touchée et, par surcroît, excitée par la cocaïne.

Nous avons recherché sur les mêmes malades l'effet d'un autre collyre intéressant au point de vue du sympathique, l'adrénaline.

En 1909, M. Gautrelet a rapporté l'observation d'un homme dont le sympathique cervical avait été complètement sectionné et chez qui l'adrénaline en instillations provoqua de ce côté une mydriase considérable, alors que la pupille du côté sain ne variait pas. Pour M. Gautrelet, chez l'homme normal, comme chez les animaux, l'adrénaline ne provoque aucune réaction pupillaire ; la mydriase fait également défaut quand le sympathique n'est qu'incomplètement sectionné (1).

En réalité, on observe dans l'œil normal, outre l'ischémie rapide et bien connue de la conjonctive, un certain degré d'ouverture de la fente palpébrale, et même, à la longue, une légère dilatation pupillaire : mais il nous a fallu des instillations répétées, et une longue attente, avant de constater quoi que ce fût de positif.

---

(1) GAUTRELET, L'adrénaline, réactif des lésions du sympathique oculaire. *Archives d'ophth.*, 1909, p. 222.

Les 3 malades qui nous occupent présentèrent également au bout d'un certain temps, et de nombreuses instillations de la solution du commerce à 1 p. 1.000, de l'écartement des paupières; du côté des pupilles il ne se produisit qu'une réaction à peine appréciable et tout à fait inutilisable pour les besoins de la cause.

La cocaïne, seul des anesthésiques locaux, possède un effet vaso-constricteur non douteux, mais même la solution à 4 p. 100, en instillations répétées, comme nous l'employons couramment en ophtalmologie pour nos opérations sur le globe oculaire, ne provoque rien de comparable à ce que donne une goutte d'adrénaline au millième. On peut sans doute tirer de ces deux effets différents, l'un très mydriatique et peu vaso-constricteur, l'autre vaso-constricteur puissant et mydriatique pour ainsi dire nul, un argument de plus en faveur de l'existence d'une dilatation irienne d'ordre musculaire.

Enfin, puisqu'il s'agissait de la mise en évidence d'une anisocorie latente mais soupçonnée, nous avons recherché chez nos malades le phénomène décrit par M. Tournay.

Cet auteur, dans une note à l'Académie de médecine, a signalé que « lorsqu'un homme... porte à l'extrême son regard vers la droite, et maintient de façon soutenue ses yeux en position latérale, la pupille droite devient plus grande que la gauche. L'inverse se produit lorsqu'il regarde vers la gauche (1) ». Cette anisocorie physiologique, sur l'interprétation de laquelle nous n'insistons pas pour le moment, se constate aisément, quoique de façon variable, quand les conditions d'éclairage s'y prêtent, c'est-à-dire quand celui-ci n'est ni trop faible, ni surtout, trop intense.

Chez un homme normal auquel l'instillation unilatérale d'adrénaline était arrivée à provoquer une légère amorce de mydriase, le regard vers ce côté amena une exagération de l'anisocorie, alors que le regard dans la direction opposée fut suivi de l'effet inverse. La même chose fut observée chez un blessé avec syndrome oculo-sympathique net. Nous ne saurions dire pour quelle cause le phénomène ne se manifesta pas de façon appréciable chez les 3 malades qui font l'objet de notre étude.

---

(1) A. TOURNAY, Les lois de l'isocorie et de l'anisocorie normales. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 22 mai 1917.

Nous voudrions ajouter quelques mots encore. Chez le malade de l'observation III le syndrome était complet, quoique peu apparent; mais chez les 2 premiers, et cela d'une façon constante, les symptômes n'étaient pas seulement atténués, ils étaient en outre inégalement manifestes, puisque, avec l'énophtalmie et la diminution de la fente palpébrale, nous n'avions pas de myosis. Les pupilles étaient égales chez les deux malades, et les diamètres de 7 mm. 1 pour l'un, de 7 mm. 8 pour l'autre représentent des valeurs moyennes tout à fait normales étant donné l'éclairage. Ne pouvait-on pas être tenté de dire que le syndrome sympathique n'était pas seulement fruste, mais aussi, jusqu'à un certain point, dissocié?

Un confrère italien, M. Bonomo, a signalé, chez un blessé par éclat d'obus, du myosis unilatéral, mais il ne parle ni de rétrécissement de la fente palpébrale, ni d'énophtalmie, ni d'élévation de température de la face (1). La lésion siégeait au niveau de la VIII<sup>e</sup> racine cervicale. Cette localisation précise, jointe à un syndrome en apparence incomplet, doit-elle faire croire encore à un cas de dissociation? La chose n'est pas inadmissible, car, selon Claude Bernard, les fibres destinées à l'œil et aussi les fibres vasomotrices du système de la carotide interne, passent par les deux premières racines dorsales, alors que les vaso-moteurs de la face, qui appartiennent au domaine de la carotide externe, viennent de la III<sup>e</sup> racine dorsale.

MM. Laignel-Lavastine et Cantonnet se sont déjà demandé si les lésions supérieures entraînent seulement des troubles moteurs, et les lésions inférieures, outre ceux-ci, des troubles vasomoteurs et sécrétoires (2).

Il existe nombre d'observations de lésions du tronc du sympathique cervical où il n'est fait mention que des symptômes oculopupillaires à l'exclusion de tout phénomène vaso-moteur du côté de la tête. Certains auteurs ont cherché à expliquer la chose par l'hypothèse suivante: les fibres oculaires occuperaient la périphérie du nerf, tandis que les fibres vasculaires se trouveraient au

---

(1) BONOMO, Contributions à la chirurgie du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs dans les blessures de guerre. IV<sup>e</sup> conférence chirurgicale interalliée 1918. *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, LXX, p. 224.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et CANTONNET, *Gazette des hôpitaux*, 15 février 1910.

centre; de sorte qu'une tumeur, par exemple, comprime les premières avant les secondes. Vulpian pensait, au contraire, que les symptômes non signalés n'avaient probablement pas été recherchés. Il s'agirait donc alors non pas de syndromes dissociés, mais d'observations incomplètement prises.

Pourtant, dans les 11 cas étudiés d'une façon très approfondie par M. Roche, le syndrome n'était jamais complet (1). Nous ne parlerons pas de l'absence constante de l'hypotonie du globe oculaire, car ce signe est peut-être appelé à être rayé du syndrome. Mais le ptosis n'existait que dans 4 cas, les troubles vaso-moteurs de la face 6 fois seulement. Le myosis était constant. Chez nos malades, au contraire, au milieu des autres symptômes très atténués, le myosis n'existait pas, ou du moins il n'existait, pour ainsi parler, qu'en puissance.

L'étude du sympathique cervical est si complexe encore, que, dans l'intérêt d'une documentation exacte, nous ne saurions trop recommander de compléter l'étude de tout syndrome atténué, ou dissocié en apparence, par l'épreuve à la cocaïne.

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES DANS LE PTÉRYGION

Par le docteur **J. BISTIS**, Athènes.

Nous venons d'observer un cas de kyste de l'œil gauche développé dans un ptérygion, qui nous paraît digne d'être rapporté ici.

**OBSERVATION.** — La nommée Stammer K..., âgée de 55 ans, observa depuis un an une grosseur à son œil gauche, qui grandit lentement. En même temps l'œil larmoyait et les paupières étaient collées le matin. Nous constatons une conjonctivite chronique et un ptérygion interne de l'œil gauche, dont le sommet empiétait sur la cornée, à sa partie correspondant au bord pupillaire interne. Sur la partie cornéenne du ptérygion siégeait une tumeur de couleur jaunâtre, ayant le volume d'un grand pois. La tumeur est élastique, semi-diaphane et peu mobile. Il s'agissait d'un kyste développé dans le ptérygion. Tous les deux ont été enlevés après anesthésie locale.

L'examen histologique, fait au laboratoire d'anatomie pathologique de

(1) CH. ROCHE, Les paralysies du sympathique cervical dans les blessures de guerre. *Archives d'ophl.*, novembre-décembre 1916, p. 321.



la Polyclinique Universitaire, montra que le kyste possède une cavité contenant quelques débris épithéliaux. La cavité est tapissée par un épithélium (fig. 1 et 2, EC) à plusieurs rangées. La superficielle est



FIG. 1. — C. Tissu conjonctif de la paroi du kyste; G. Glandes; EC. Épithélium cylindrique de la cavité kystique.

constituée par des cellules cylindriques avec noyau situé à la base du protoplasme (Fig. 2, EG.). Les autres couches sont composées par des cellules plus ou moins cubiques. Par places, l'épithélium se compose de deux couches. La paroi même du kyste est constituée par un tissu conjonctif (Fig. 1, C) contenant des vaisseaux et infiltré par des cellules

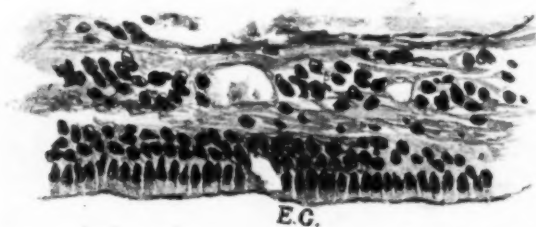


FIG. 2. — E C. Épithélium cylindrique de la paroi kystique.

rondes. Dans le tissu conjonctif on voit plusieurs glandes (Fig. 1, G) dont les cavités sont revêtues par un épithélium cylindrique et contiennent du mucus se colorant par le carmin de Meyer. Une des glandes semble être en connexion avec l'épithélium de la surface.

Le pterygion lui-même est constitué par un tissu conjonctif qui, par places, a subi la dégénérescence hyaline. La surface porte un épithélium pavimenteux stratifié qui recouvre aussi le kyste. Dans la couche épithéliale on voit de nombreuses cellules caliciformes. L'épithélium donne, par places, des prolongements épithéliaux dans la profondeur.

Il s'agit donc d'un kyste épithélial formé par un tissu conjonctif vascularisé et contenant plusieurs formations glandulaires. La cavité du kyste est tapissée d'un épithélium cylindrique.

Lagrange distingue les kystes de la conjonctive en : kystes par inclusion, kystes glandulaires, kystes lymphatiques et kystes à entozoaires. Saemisch les divise en kystes lymphatiques, kystes provenant de modifications de la conjonctive, soit par altération de la couche épithéliale, soit par formation de plicatures de la conjonctive ou par affection des glandes de Krause, kystes traumatiques, kystes parasitaires et formations cystoïdes ou pseudo-kystes, que se forment par l'issue du contenu de l'œil et surtout de l'humeur aqueuse sous la conjonctive.

La classification des kystes est faite d'après leur structure pour mieux distinguer les différentes variétés. Quant à leur localisation, elle n'est pas uniforme sur les différentes parties de la conjonctive. D'après Ballaban, sur 65 kystes de cette membrane, 5 appartenaient à la conjonctive tarsale ; 19, au cul-de-sac ; 32, à la conjonctive bulbaire et 9 à d'autres parties.

Les kystes forment, dans la plupart des cas, des saillies arrondies ou ovales très circonscrites, transparentes et ayant la dimension ordinairement d'un pois jusqu'à une fève et même plus. Leur paroi est mince et leur contenu un liquide clair ou légèrement jaune, devenant quelquefois trouble.

Les kystes qui nous intéressent ici sont ceux qui proviennent de l'altération de la couche épithéliale de la conjonctive, de la modification des glandes de Krause, des glandes de Henle et des replis conjonctivaux.

Ainsi nous avons des kystes séreux épithéliaux développés par altération de la *couche épithéliale* de la conjonctive. Il s'agit dans ces cas d'une prolifération épithéliale dans la profondeur de la membrane. Vossius constate dans un cas de néoplasies kystiques excisées de la conjonctive des paupières supérieures, qu'elles étaient formées d'une semblable prolifération épithéliale analogue aux glandes dites de Henle. Une connexion de ces kystes avec les glandes de Krause n'a pas été admise par Vossius, car les kystes décrits siégeaient dans des parties de la conjonctive où ces glandes n'existent pas.

Aussi Ginsberg, dans 2 cas de kystes développés dans le

cul-de-sac inférieur n'admet pas, à cause de leur siège, une relation avec les glandes de Krause. L'auteur croit plutôt à la prolifération pathologique épithéliale due à une inflammation catarrhale de la conjonctive.

Ballaban décrit un cas de 4 à 5 kystes mobiles de la conjonctive bulbaire en expliquant leur développement par des prolongements épithéliaux solides, ayant subi la fonte dans leurs parties centrales. Rogman rapporte un cas de kyste mobile ayant la grosseur d'une perle fine et siégeant sous la conjonctive, entre la caroncule lacrymale et le bord cornéen. Il attribue la formation de ces kystes aux replis et aux sinuosités de la conjonctive qui se sont isolés, pédiculisés et séparés de leur base de naissance, pour prendre ensuite la forme kystique et s'insinuer sous le tissu conjonctival.

Cirincione trouva que des kystes séreux superficiels et transparents qui se développent surtout à l'angle interne et externe des deux paupières et atteignent la grosseur d'une petite fève, sont en connexion avec des glandes ou forment des cryptes, qui ne doivent pas être confondues avec les glandes de Henle. La paroi du kyste consiste en une membrane sans structure, revêtue d'un épithélium à deux couches. Les cellules de la couche superficielle sont cubiques ou allongées, sous lesquelles on voit des cellules hyalines caliciformes, qui ont une importance pathognomonique dans la genèse de ces kystes.

Sur la conjonctive bulbaire, on constate parfois des kystes qui se distinguent des kystes lymphatiques de cette région, par leur revêtement épithélial, qui, dans ces kystes, comme le remarque Cirincione, est composé ordinairement d'une seule couche, tandis que dans les autres kystes, l'épithélium est constitué, par places, par deux rangées. Cosmettatos décrit trois kystes du grand angle revêtus d'épithélium cylindrique en les rapportant à des replis conjonctivaux, qui se sont formés à la suite d'une inflammation chronique de la conjonctive et de la rétraction de son épithélium vers la profondeur.

Nous avons aussi observé un cas de kyste de la conjonctive bulbaire, ayant la grosseur d'un pois chez une fillette. La paroi du kyste se composait d'un tissu conjonctif épars, et sa cavité était tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié. Nous avons rapporté ce kyste à un prolongement épithélial de la conjonctive

dans la profondeur avec formation d'une pseudo-glande, qui donna naissance au kyste.

Une seconde variété de kystes conjonctivaux est celle formée aux dépens des *glandes de Krause* qui sont des glandes acino-tubuleuses siégeant entre le cul-de-sac conjonctival et le bord supérieur du tarse surtout du côté nasal. On les trouve aussi le long du bord tarsal et dans le tarse même. Ils sont au nombre de 8 à 20 et, d'après Terson, de 8 à 30 dans la paupière supérieure et jusqu'à 4 dans la paupière inférieure. Leurs conduits débouchent dans les culs-de-sac conjonctivaux.

Les kystes développés aux dépens de ces glandes siègent plus profondément dans la conjonctive, se localisent surtout dans les parties latérales des culs-de-sac supérieur et inférieur et se forment par l'obstruction de leurs orifices. Cette variété appartient aux kystes sous-conjonctivaux. Leur paroi est revêtue d'un épithélium à une ou plusieurs couches. On observe plus souvent la seconde variété de l'épithélium, dont la couche la plus superficielle se compare ordinairement à des cellules plus hautes. Il faut noter que l'épithélium de la paroi du kyste peut se transformer et ne pas ressembler à l'épithélium dont il dérive.

Le contenu des kystes sous-conjonctivaux est un liquide transparent. Leur volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à un gros pois ou à une noisette et même plus. Les kystes sont généralement uniques; ils étaient multiples d'après une observation de Schmidt-Rimpler.

De Vincentiis le premier a montré que les kystes observés dans le cul-de-sac proviennent des glandes de Krause. On se base sur des observations cliniques et anatomiques d'après lesquelles, après une inflammation de la conjonctive, les conduits excréteurs des glandes de Krause s'obstruent, ce qui donne lieu à une stase de leur contenu avec développement d'un kyste.

Ces observations ont été complétées ensuite par des cas nouveaux de Rampoldi et Faravelli, Moauro, Antonelli, Rombolotti, Ischreyt et d'autres. Wintersteiner trouva comme Antonelli des concrétions dans ces kystes; il les rapporte à des altérations épithéliales de la paroi kystique et non, comme le croit Antonelli, à une métamorphose du sang.

Fuchs étudia plus spécialement les concrétions de la conjonctive et montra que c'est surtout dans le cul-de-sac inférieur que

se forment des glandes contenant des concrétions produites par leur contenu.

On a décrit aussi des kystes dus aux *glandes de Henle*. Elles forment des dépressions épithéliales cylindriques de la conjonctive tarsale. Leur épithélium est composé de deux couches; l'une limitant la cavité de la glande, est cylindrique et l'autre, la couche basale, est formée de cellules cubiques et aplaties. On y rencontre aussi des cellules caliciformes. Ces formations glandulaires ne sont pas admises par tous les auteurs comme des vraies glandes; on leur donne pourtant une valeur sécrétoire et l'on admet que par oblitération de l'orifice de ces glandes proviennent des kystes à rétention.

De semblables observations ont été publiées par Stöver, Vossius et d'autres.

Une troisième variété de kystes épithéliaux est celle provenant des *replis et sinuosités* de la conjonctive en état d'inflammation. Cette forme de kystes se rencontre le plus souvent dans le *ptérygion*, qui porte le même épithélium que la conjonctive bulbaire. Fuchs a observé dans le *ptérygion* des prolongements épithéliaux de forme différente, donnant lieu à la formation des glandes. Les kystes du *ptérygion* sont petits, transparents et siègent ordinairement à son sommet. Ils peuvent se produire par obstruction de tous les replis et sinuosités revêtues d'un épithélium. Ce sont des kystes par rétention.

Dans le *ptérygion* on rencontre aussi des kystes dus à la dilatation des vaisseaux lymphatiques, comme en rapportent Sachs et Gallenga.

Nous devons mentionner aussi les kystes qui se forment dans l'intervalle de deux papilles développées dans l'inflammation chronique de la conjonctive, comme dans le trachome.

Partant de la pathogénie des kystes épithéliaux susmentionnés, nous rapportons notre kyste à un prolongement de l'épithélium pavimenteux du *ptérygion* dans la profondeur. Qu'un pareil enfoncement épithélial se soit produit dans notre cas, ceci résulte de l'évidence, croyons-nous, de l'examen de nos coupes dans lesquelles on rencontre cette altération épithéliale. La figure 1 montre une formation glandulaire qui paraît être en connexion avec l'épithélium qui recouvre le *ptérygion* et le kyste. Ainsi nous expliquons aussi la présence de plusieurs glandes que l'on voit

dans la même préparation. L'épithélium de la cavité kystique est nettement cylindrique, quoique prenant naissance de l'épithélium de la conjonctive bulbaire qui est pavimenteux stratifié. Dans ce cas, il faut admettre qu'une transformation épithéliale a eu lieu dans la cavité du kyste, comme cela peut survenir facilement dans les inflammations chroniques de la conjonctive.

## BIBLIOGRAPHIE

- LAGRANGE. Traité des tumeurs de l'œil, vol. I, p. 19.
- SAEMISCH. Graefe-Saemisch. Handb. d. ges. Augenh., 2<sup>e</sup> édit., vol. V, p. 638, 1<sup>re</sup> partie.
- BALLABAN. Über Cystenbildung der Conjunctiva. *Arch. f. Augenh.*, vol. XLIII, p. 167.
- GINSBERG. Über seröse epitheliale Bindehautcysten und Neubildungen von Drüsen bei Conjunctival Katarrh. *Arch. f. Ophth.*, vol. XLIV, p. 112.
- VOSSIUS. Über einem Fall von Cystenbildung in der Conjunctiva des oberen Augenlides. 25 Vers. d. *Ophth. Gesellschaft zu Heidelberg*, p. 181.
- ROGMAN. Contribution à l'étude des kystes séreux simples de la conjonctive. *Arch. d'ophtalm.*, vol. XV, p. 502.
- CIRINCIONE. Die Cysten der Conjunctiva. *Deutschmann's. Beitr. z. Augenh.* Fasc. LV, p. 4.
- COSMETTATOS. Des kystes épithéliaux de la conjonctive. *Arch. d'ophtalm.*, vol. XXVII, p. 236.
- BISTIS. Über eine Cyste der Conjunctiva Bulbi. *Arch. f. Augenh.*, vol. LXX. Fasc. III, p. 283.
- DE VINCENTIIS. *Central. f. pr. Augenh.*, 1887, p. 340.
- RAMPOLDI et FARAVELLI. Una forma rara di tumor. Cistico congenito della congiunctiva. *Annali di Oftalm.*, vol. XVII, p. 295.
- MOAURO. Dilatationa cistica de la glandula di Krause. *Raccolta de lavori della Clinic. Oculistica di Napoli*, 1887-1888.
- ANTONELLI. Cisti sotto congiunctivali aventi origine della glandula acinotubulari. *Annali di Oftalm.*, vol. XIX, 1890.
- ROMBOLOTTI. Klinisch. u. anatom. Beitrag zu dei einfachen u. serösen Kysten der Bindehaut. *Arch. f. Augenh.*, vol. XXXI.
- ISCHREYT. Über Cystenbildung der Kräuseschen Drüsen. *Arch. f. Augenh.*, vol. XXXV, fasc. IV, p. 282.
- WINTERSTEINER. Über Cysten und Konkremeute der Bindehaut, 27 Vers. d. *Ophth. Gesellsch. zu Heidelberg*, p. 253.
- FUCHS. Über Konkremeute in der Bindehaut. *Arch. f. Ophth.*, vol. XLVI, 1, p. 103.
- STÖVER. Cysten der Oberlider. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1892, p. 192.
- FUCHS. Über das Pterygium. *Arch. f. Ophth.*, vol. XXXVIII, 2, pp. 1-90.
- SACHS. Über die von den Rymphgefäßen ausgehenden Neubildungen am Auge. *Inaug.-Dissert.*, 1869.
- GALLenga. Nuovo contributo allo studio dei tumori cistici della congiunctiva. *Congr. dell'Assoc. oftalm. Ital. Napoli*, 1888, septembre.
- TERSON. Cité par Graefe-Saemisch. *Hand. der ges. Augenh.*, vol. I, 2<sup>e</sup> édit., p. 532.
- SCHMIDT-RIMPLEY. Cysten der Übergangsfalten. *Zeits. f. Therapie und Hygiene d. Auges*, 5<sup>e</sup> année, n° 1, p. 2.

## MÉLANOSARCOME PRIMITIF DU CORPS CILIAIRE

Par le docteur G.-F. **COSMETTATOS**, d'Athènes.

Le sarcome du corps ciliaire se présente sous forme de mélanosarcome et de leucosarcome. Bien que ce dernier ait de prime abord plus d'intérêt que le premier, à cause de son développement dans un tissu contenant du pigment, l'étude du mélanosarcome n'est pas moins intéressante au point de vue clinique et surtout anatomo-pathologique, comme nous allons le voir plus tard, quand nous étudierons la genèse de cette tumeur, la disposition de ses cellules et son pigment, ainsi que la nécrose des masses sarcomateuses.

**OBSERVATION (personnelle).** — Angel. Ath. âgé de 47 ans, originaire de Serrès. *Antécédents héréditaires* : Sa mère a souffert d'une cataracte. *Antécédents personnels*. Aucune maladie importante. Le patient a de temps en temps des maux de tête, parfois assez intenses pour l'obliger à se mettre au lit.

Au mois de décembre 1915, il fut frappé par un gros morceau de bois à l'œil gauche et à la région sourcilière correspondante. A la suite de ce coup, le malade a eu un léger étourdissement, mais l'œil resta intact et la vision normale. Un mois plus tard, le malade a reçu de nouveau un coup au même œil, s'étant baissé pour ramasser un objet ; et cette fois aussi l'œil n'a pas souffert.

Au commencement du mois d'avril 1916, le malade s'est aperçu qu'une ombre légère passait au-devant de son œil gauche, et qu'il le faisait voir trouble. Deux confrères diagnostiquèrent alors une tumeur du fond de l'œil. Quelques jours plus tard, trois autres confrères se déclarèrent pour un sarcome du corps ciliaire. Les urines sont normales. La réaction de Wassermann, pratiquée 3 fois, fut négative.

J'ai examiné le malade pour la première fois au mois de mai 1916. L'œil gauche extérieurement présente à sa partie externe et inférieure une dilatation des veines épiscérales. Paupières et mouvements oculaires normaux. Cornée et mouvements pupillaires physiologiques. Pupille noire. A l'ophtalmoscope la pupille étant moyennement dilatée, on remarque derrière l'iris et le cristallin, une petite tumeur de couleur noire occupant la partie inférieure et externe du corps ciliaire, et dont l'extrémité libre atteint à peine le bord pupillaire.

En dilatant la pupille par l'atropine, on voit que l'iris n'a aucune adhérence avec la tumeur ; la surface de cette dernière est lisse et pigmentée, ne dépassant pas en étendue la largeur des procès ciliaires. Son volume est celui d'un petit grain de raisin. Cette tumeur est attachée

au corps ciliaire d'où elle paraît provenir, et se porte en bas entre la face postérieure du cristallin et le corps vitré dans lequel elle plonge.

Les autres parties du corps ciliaire, ainsi que la choroïde, la rétine et la papille optique sont normales; il n'y a pas de propagation par conséquent de la tumeur aux autres parties de l'œil. La tension de l'œil examinée par le tonomètre de Schiötz ne montre pas d'hypertonie. Le malade ne sent pas de douleurs. La vision est égale à 1/10. L'œil droit est normal. Rien du côté de la tête ou des autres parties du corps.

Le malade, consulte encore d'autres confrères, qui pensèrent plutôt à une hémorragie partielle du fond de l'œil qu'à une tumeur. Aussi le malade n'a pas seulement refusé l'enucléation que je lui ai proposée; il a subi une série d'injections de chlorure de sodium sous la conjonctive, qui, naturellement, n'ont point amélioré son état, mais au contraire ont précipité la diminution de la vision.

Quand j'ai revu le malade après ce dernier traitement (novembre 1916) l'injection ciliaire était plus accentuée, la tumeur avait toujours le même aspect n'ayant pas augmenté de volume, mais la vision est presque complètement perdue, à la suite d'un grand décollement rétinien qui s'étendait derrière la tumeur jusqu'à la papille optique. La tension de l'œil est toujours normale. Absence de douleurs. Pas de dislocation ou prééminence de l'iris, à l'endroit correspondant à la tumeur.

J'ai conseillé de nouveau l'enucléation mais le malade la refusa encore une fois.

Quelque temps plus tard (mai 1917), j'ai constaté les mêmes symptômes mais cette fois le malade convaincu qu'il ne recouvrerait plus la vision et craignant une propagation de la tumeur, se décide à l'enucléation que je pratique le 25 juin 1917.

Pendant l'opération j'ai remarqué que le globe extérieurement ne présentait pas d'anomalies. Pas de complication du côté de l'orbite. Aujourd'hui (mars 1921), on ne remarque aucune propagation à l'œil ou à l'orbite ou à d'autres parties du corps.

*Examen macroscopique de l'œil et de la tumeur.* L'œil extérieurement est normal. En l'ouvrant, on constate dans son intérieur une tumeur de couleur noire implantée sur le segment inféro-externe du corps ciliaire, et faisant corps avec lui. La tumeur, un peu aplatie dans le sens antéro-postérieur, est d'une forme quadrilatère à angles arrondis; elle se porte vers le corps vitré derrière le cristallin. Son diamètre antéro-postérieur mesure 9 millimètres et son diamètre transversal, 4 millimètres.

La section transversale du néoplasme montre que son parenchyme est de couleur noire, ainsi que tout sa surface. Sa consistance est plutôt ferme. A part le segment inféro-externe du corps ciliaire, le reste de cet organe est libre. Le cristallin est transparent. La rétine est décollée et soulevée par un exsudat translucide et coagulable, qui s'étend jusqu'à la papille optique. Cet exsudat est plus épais près du néoplasme, où il mesure 2 millimètres sur une étendue de 5 millimètres et va en s'amincissant vers le pôle postérieur de l'œil. La choroïde est normale ainsi que



la rétine et la papille optique. La tumeur n'avait pas de tendance à se propager à la chambre antérieure, et s'arrêtait juste à la racine de l'iris.

*Examen microscopique.* En examinant une coupe à un faible grossissement, on voit que sa base est plus étroite que sa périphérie, et occupe toute l'étendue antéro-postérieure des procès ciliaires jusqu'à la racine de l'iris, sans que ce dernier soit du tout infiltré par le néoplasme. Le grand diamètre de la tumeur se dirige en bas et en arrière vers le corps vitré.

A un faible grossissement déjà la tumeur paraît fortement pigmentée.

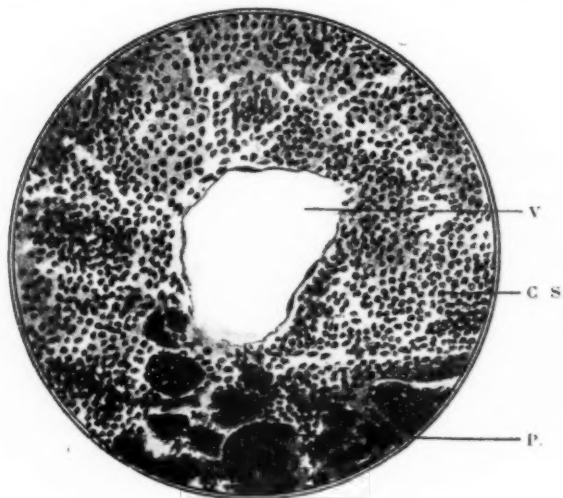


FIG. 1. — Mélanosarcome du corps ciliaire.  
Cs, Cellules sarcomateuses; P., Pigment; V., Vaisseau.

La pigmentation a la forme d'îlots ronds ou ovalaires ayant une partie centrale claire. La tumeur est bien limitée et occupe seulement le corps ciliaire. La choroïde et la sclérotique ne sont pas envahies.

A un grossissement moyen, on voit que la tumeur est composée de masses cellulaires de forme et de grandeur variables, placées les unes à côté des autres, fortement pigmentées et contenant au milieu un vaisseau vide ou parfois rempli de globules sanguins.

Examinée sous un fort grossissement chaque masse cellulaire se compose à son milieu d'un vaisseau bien limité par un endothélium. Tout autour de ce vaisseau, on remarque une zone en partie claire ou pigmentée formée de petites cellules sarcomateuses rondes, ovalaires ou épithélioïdes, et enfin, en dehors de cette zone de grands amas pigmentaires recouvrant les cellules néoplasiques (Fig. 1).

Le pigment est très abondant, et on le rencontre aussi bien dans les cellules sarcomateuses que dans les espaces intercellulaires; il offre la forme de petits grains parsemés dans le protoplasma cellulaire, qu'il recouvre complètement, comme aussi le noyau, de manière que sans dépigmentation on ne peut voir la forme des cellules sous-jacentes. Dans d'autres endroits de la tumeur le pigment a la forme de gros amas recouvrant plusieurs cellules à la fois et s'étendant même jusqu'à l'endothélium des vaisseaux.

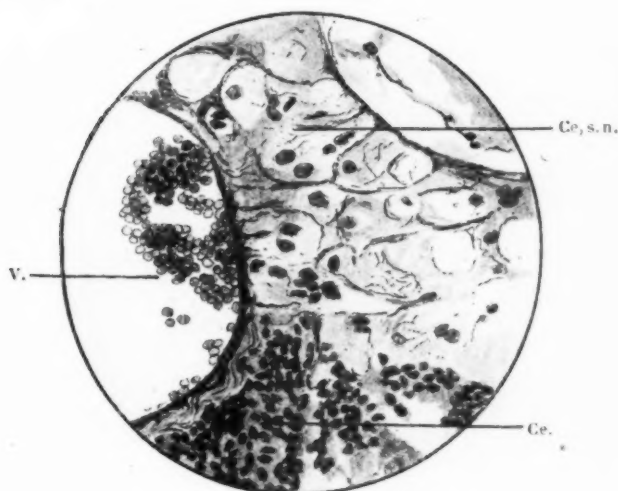


FIG. 2. — Mélanosarcome du corps ciliaire.

Ce, Cellules sarcomateuses; Ce, s. n., Cellules sarcomateuses nécrosées;  
V., Vaisseau.

A part ces gros amas, la tumeur est parsemée dans les interstices cellulaires de grains pigmentés plus fins et dont l'abondance est variable.

Pour étudier la structure avec plus de détails, nous avons dépigmenté des coupes par le procédé de Mawas (1), par l'acide chromique. Puis les coupes ont été colorées par les procédés habituels. Voici ce que nous avons constaté. La tumeur est formée, en effet, de petites cellules sarcomateuses entourant les vaisseaux à la manière d'un manchon, et qui se tassent concentriquement jusqu'à l'endothélium vasculaire.

Dans quelques endroits des manchons cellulaires, on voit des petits

(1) MAWAS, Sur un nouveau procédé de dépigmentation des coupes histologiques, Société d'Ophtalmologie de Paris, séance du 1<sup>er</sup> avril 1913.

groupes de cellules nécrosées ou en voie de nécrose. Les foyers nécrotiques occupent les trois quarts environ de la tumeur, et ils se séparent les uns des autres par de fines fibrilles conjonctives. Dans d'autres parties de la coupe, les cellules nécrosées sont pour la plupart fusionnées entre elles et constituent des amas dans lesquels on distingue par intervalles des noyaux. Aux endroits où la nécrose est plus avancée les cellules ont perdu complètement leur forme et sont représentées par des amas étendus et granulés dans lesquels on rencontre des restes de noyaux et des vaisseaux obstrués, ayant une paroi se distinguant à peine, sous forme d'un simple liséré cellulaire. Les cellules en voie de nécrose ont augmenté de volume, leur protoplasma est granulé, et le noyau en karyolyse plus ou moins complète.

D'après l'étude de nos coupes, nous avons été convaincu que la nécrose cellulaire commence à se faire près de la lumière du vaisseau et se propage à la périphérie du manchon cellulaire (fig. 2). Le processus de la nécrose des cellules se fait de la manière suivante : au commencement les cellules augmentent de volume, elles deviennent plus réfringentes et leur noyau grossit. Dans un stade plus avancé, le noyau cellulaire subit la karyolyse, tandis que le protoplasma devient granuleux. La fin de la nécrose des cellules se manifeste par leur fusionnement et leur transformation consécutive en des masses granuleuses plus ou moins grandes. Le pigment est très abondant dans les parties nécrosées.

..

Nous avons donc affaire à un mélanosarcome limité du corps ciliaire à petites cellules, qui, pour la plus grande partie, a subi la nécrose. Étant donné la limite du néoplasme et sa nécrose, nous concluons que son pronostic au point de vue d'une métastase ultérieure est bénin.

..

Le mélanosarcome du corps ciliaire a été observé depuis longtemps. Déjà *Brière* (1) dans son étude clinique et anatomo-pathologique sur le sarcome de la choroïde dit que les corps ciliaires prennent quelquefois part à la dégénérescence sarcomateuse soit primitivement, soit secondairement. *Brière* cite à ce propos l'observation de *Wecker* et *d'Ivanoff* où, d'après ces auteurs, il s'agissait d'un myosarcome du corps ciliaire, tandis que pour *Brière*, il est permis de supposer que l'on avait affaire non pas à un myosarcome, mais à un sarcome.

(1) *Brière*, Étude sur le sarcome de la choroïde, Paris, 1874, pp. 105-132.

§ **MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS** §  
**LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE**  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

---

== **ATLAS** ==  
**d'OPHTALMOSCOPIE**  
**DE GUERRE**

PAR LE

**D<sup>r</sup> FÉLIX LAGRANGE**

Professeur à la Faculté de Bordeaux

Cet ouvrage contient une étude descriptive très complète des lésions de l'œil après les traumatismes de guerre, ayant en apparence respecté le globe, chaque planche, avec observation à l'appui, représente autant de types différents et dans l'ensemble l'Atlas fait passer sous les yeux du lecteur tous les détails des désordres ophtalmoscopiques.

**Texte Français et Anglais**

1 vol. grand in-8°, avec 100 planches en noir et en couleurs. **40 fr. net**

INSTRUMENTS D'OPHTALMOLOGIE

**G. GUILBERT**

*Successeur de L. Giroux*

**MAGASINS DE VENTE :** 114, rue du Temple (*Direction centrale*) Téléphone : Arch. 51-35  
et 19, rue de l'Odéon Téléphone : Fleurus 08-63

Usines de Pongelot (S.-et-M.) : Optique ; de Vitry-sur-Seine : Mécanique de précision  
et de Blois : Fonderie de Fer et Bronze

Derniers instruments parus :

**Diploscope du Dr Rémy,**  
modifié par François (*voir figure ci contre*), modèle à ligne  
de base variable, permettant  
des expériences précises pour  
tous les écartements pupillaires  
de 50 m. m. à 70 m. m.



**Ophtalmoscope électrique**  
sans reflets du Dr Baum,  
remis au point et muni des  
nouvelles lampes à fort éclairage.  
Livré avec pile sèche  
spéciale, cet instrument constitue  
actuellement l'ophtalmoscope  
électrique le plus  
pratique et le moins coûteux.



**Tonomètre d'après le Prof.**  
Schiotz, avec dispositif empêchant  
l'aiguille de tomber,  
quelle que soit sa position.



**Photophore**, à dispositifs multiples et interchangeables, du Dr R. Onfray.

**Ophtalmomètre** Javal et Schiotz, éclairage électrique, dernier modèle.



## OPTIQUE MÉDICALE

Exécution rigoureuse des ordonnances de Messieurs les Oculistes en nos Magasins :  
19, Rue de l'Odéon, Téléph. : Fleurus 08-63, 33, Bd. Haussmann, Téléph. : Central 05-93

Boîtes d'essai de montures lunettes et pince-nez permettant à l'oculiste de prescrire une  
monture parfaitement adaptée. Nous avons un service spécial dans chacune de nos  
maisons assurant une exécution rapide et soignée par l'entremise de la poste.

Catalogues ou notices envoyés sur demande

Dans notre travail, nous nous occuperons seulement du mélanosarcome ciliaire, pur et primitif et non secondaire à celui de l'iris ou de la choroïde.

En parcourant la bibliographie on voit qu'il s'agit d'une affection plutôt rare. *Fuchs* (1) jusqu'à l'année 1882 sur un ensemble de 259 cas de sarcomes du tractus uvéal a trouvé que 22 cas seulement avaient leur point de départ dans les procès ciliaires. *Kerschbaumer* (2) sur 67 sarcomes mentionne 8 cas comme siégeant aux procès ciliaires, dont 45 avaient traversé la coque oculaire. *Lagrange* (3) cite en tout 18 cas de sarcome ciliaire jusqu'à 1901. De l'année 1900-1920, on trouve une vingtaine de nouveaux cas publiés de manière que l'ensemble des observations jusqu'aujourd'hui ne dépasse pas la cinquantaine.

D'après *Collomb* (4) la fréquence des sarcomes ciliaires est deux fois plus grande que celle des sarcomes choroïdiens, mais comme le fait justement remarquer *Wolfrum* (5) cette analogie n'est pas exacte, parce que, dit-il, tous les sarcomes choroïdiens ne sont souvent diagnostiqués ou publiés, que s'ils ont atteint un volume plutôt grand, tandis que tout cas de sarcome ciliaire est enregistré et publié. Encore si l'on compte tous les cas de sarcomes choroïdiens et ciliaires, l'on se convaincra que la fréquence des premiers est assurément beaucoup plus grande que celle des seconds. Ceci est d'ailleurs prouvé par les statistiques des auteurs que nous mentionnons plus haut.

Le sarcome ciliaire s'observe aussi bien chez l'homme que chez la femme; quant à l'âge des malades, il varie de 20 à 77 ans. Chez les enfants de 1 à 10 ans, le sarcome du tractus uvéal est en général excessivement rare.

Les symptômes du sarcome ciliaire se manifestent au commencement par un abaissement de la vue qui s'accroît à mesure que la tumeur augmente de volume. Elle est causée par l'opacification des milieux transparents de l'œil ou par l'augmentation de la tension intra-oculaire, ou par un décollement rétinien, ou enfin

(1) FUCHS, *Das Sarkom des uveal Tractus*, Wien, 1882.

(2) KERSCHBAUMER, *Das Sarkom des Auges*, Wiesbaden, 1900.

(3) LAGRANGE, *Tumeurs de l'œil*, t. I.

(4) COLLOMB, Mélanosarcomes du corps ciliaire, *Revue générale d'ophtalmologie*, 1906, p. 169.

(5) WOLFRUM, *Geschwulste des Uvealtractus*. *M. Allgemeine pathologie und pathologische Anatomie des Auges*, Wiesbaden, 1914, pp. 660 726.

par une atrophie de la papille optique. Les douleurs au commencement font ordinairement défaut, mais elles peuvent apparaître un peu plus tard et elles sont alors dues à la pression que la tumeur exerce sur les nerfs ciliaires, ou elles apparaissent à la suite de l'augmentation de la tension intra-oculaire. A une dernière période, la tumeur traverse la coque oculaire en suivant le trajet des vaisseaux ou des nerfs ciliaires ou le canal de Schlemm. On voit alors, sur la sclérotique, des petits boutons noirs qui deviennent de plus en plus grands et affirment le diagnostic de sarcome, qui, au commencement, aurait pu paraître douteux.

Le sarcome ciliaire, en se développant, s'insinue par fois en avant vers la chambre antérieure en disloquant la racine de l'iris, ou en arrière vers la cavité vitréenne ou quelquefois provoque par pression un déplacement du cristallin. Dans le cas d'*Akasutka* (1) le sarcome s'est porté d'abord dans la chambre postérieure, puis à travers la pupille, dans la chambre antérieure. D'autres fois, la tumeur se propage tout au long du corps ciliaire de manière qu'elle entoure cet organe sous forme d'un anneau (sarcome annulaire).

Nous avons dit plus haut, que le sarcome ciliaire peut provoquer une augmentation de la pression intra-oculaire. Mais ceci n'est pas la règle, et, dans notre cas, pendant toute la période de l'évolution de la tumeur la tension resta normale.

Le volume du sarcome est variable ; la plus petite tumeur observée est celle de *Derby* (2), qui avait comme dimensions  $2 \times 2 \times 1$  millimètre, et la plus grande celle de *Feder* (3), qui occupait plus d'un tiers de l'œil. La grandeur de la tumeur dépend, bien entendu, de l'époque où s'établit le diagnostic, sauf dans les cas où la tumeur reste stationnaire ou commence à se nécroser.

Le diagnostic est au commencement très difficile ; ce n'est que plus tard que la tumeur acquiert un volume plus grand, que l'on peut en dilatant la pupille apercevoir le néoplasme sous forme d'une petite excroissance émanée des procès ciliaires. Un signe qui peut indiquer de bonne heure l'existence d'une tumeur d'après

(1) AKATSUKA, *Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*, 1912, II, p. 586.

(2) DERBY, *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, t. XLI, p. 124.

(3) FEDER, *Beitrag zur Kenntnis des Ciliar körpersarkome*, Inaug. Dissertation, München, 1917.

*Galezowski* (1), est la présence d'un vaisseau proéminent sur la conjonctive d'une couleur rouge foncée à l'endroit où siège la tumeur. C'est une branche d'une veine ciliaire antérieure.

Le sarcome ciliaire se confond au commencement avec les gommes syphilitiques et les tubercules, mais ces affections s'accompagnent de phénomènes inflammatoires intenses, et pour le diagnostiquer il faut se baser aussi sur l'état général du malade. Dans le cas de gomme syphilitique le traitement spécifique améliore et même guérit l'affection, ce qui n'arrive pas avec le sarcome.

Nous insistons aussi sur la grande valeur de l'éclairage de contact, d'une grande utilité pour le diagnostic des tumeurs intra-oculaires, quand ce dernier est incertain. En nous basant sur tous les symptômes précédemment énumérés, nous arrivons le plus souvent à établir la présence du sarcome dans l'intérieur de l'œil : quand l'affection est plus avancée, le diagnostic est bien entendu beaucoup plus facile, surtout quand la tumeur se propage à la chambre antérieure ou au corps vitré.

Il est très difficile d'établir la durée de la persistance d'un sarcome ciliaire, parce qu'il est rare de suivre les malades depuis le commencement de leur affection. *Caspar* (2) rapporte le cas d'une femme âgée de 36 ans ayant eu depuis l'âge de 18 ans un sarcome ciliaire, dont le diagnostic fut confirmé par l'éclairage de contact.

Le pronostic est bien plus grave si on ne fait pas au plus vite l'énucléation, malgré que cette tumeur augmente beaucoup plus lentement que les sarcomes des autres parties du corps. Les mélanosarcomes ont un pronostic beaucoup plus grave que les leucosarcomes. Quant aux récidives et aux métastases, elles sont moins fréquentes, si on intervient de très bonne heure. On admet que si 5 ans après l'ablation de la tumeur il n'y a pas de récidive, on doit considérer le malade comme guéri. D'après *Fehr* le pronostic du sarcome ciliaire est plus mauvais, si cette tumeur a envahi la chambre antérieure, parce que de là elle se propage plus facilement par l'angle irien aux veines ciliaires et à la circulation générale.

L'influence du traumatisme sur la naissance du sarcome au

---

(1) GALEZOWSKI, Sur un signe constant dans le sarcome de la choroïde et du segment antérieur du globe. *Société d'ophtalmologie. Recueil d'ophtalmologie*, 1910, p. 125.

(2) CASPAR, *Centralblatt für prakt. Augenheilkunde*, t. XXX, p. 227.



tractus uvéal, comme des autres néoplasmes oculaires, est aujourd'hui discutable, parce que nous savons que les néoplasmes, dans la plupart des cas, se développent sans traumatisme préalable. Pour s'assurer de l'influence de ce dernier il faudra préciser si le néoplasme s'est développé immédiatement après le traumatisme, et s'il y a eu consécutivement des troubles subjectifs ou objectifs. Dans notre cas, il n'existe pas de doute que le traumatisme a favorisé la naissance du sarcome.

*Anatomie pathologique.* — Au point de vue anatomo-pathologique les tumeurs du corps ciliaire, comme celle de la choroïde, se divisent en mésodermiques, et ectodermiques. A la première catégorie appartiennent les tumeurs qui proviennent du stroma de cet organe (sarcomes) et à la seconde catégorie celles qui proviennent de l'épithélium ciliaire (tumeurs épithéliales).

Les sarcomes ciliaires ne diffèrent en rien au point de vue anatomo-pathologique des sarcomes choroïdiens. Ainsi leur étude pour ce qui concerne la structure, la provenance du pigment, la croissance et la nécrose ont les mêmes points essentiels que les sarcomes choroïdiens.

L'origine du sarcome a été étudiée sur des petites tumeurs de ce genre, qui siégeaient soit à la choroïde, soit au corps ciliaire (*Derby*). Dans le cas de cet auteur il s'agissait d'un œil qui fut énucléé à cause d'un accès de glaucome secondaire répété, chez un homme de 32 ans. A l'examen anatomique, *Derby* trouva un mélanosarcome à la moitié postérieure et inféro-externe des procès ciliaires.

Les auteurs qui ont examiné de petites tumeurs semblables de la choroïde les attribuent généralement à des chromatophores, mais l'examen microscopique minutieux a montré qu'il s'agissait toujours de sarcomes commençants qui avaient une tendance à infiltrer les tissus voisins. Ces sarcomes sont composés de deux sortes de cellules, dont celles de la partie externe ont la forme épithélioïde, et celles de la partie interne ressemblent seulement à des chromatophores. Les cellules sarcomateuses présentent des figures karyokinétiques, ce qui indique la tendance de ces tumeurs à toujours s'accroître.

*Ribbert* (1) admet que les mélanosarcomes, comme toutes les

---

(1) RIBBERT, *Über das Melanosarkom. Zieglers Beiträge*, t. XXI, 1897.

tumeurs mélaniques, dérivent sans exception des chromatophores. Ces derniers pendant leur ontogenèse se développent de jeunes cellules rondes non pigmentées, qui, plus tard, se munissent de pigment et de prolongements, d'où leur forme en fuseau. Ainsi cet auteur envisage les sarcomes non pigmentés, comme un stade de sarcome jeune et qui plus tard devenant pigmenté se change en mélanosarcome. *Schiek* (1) accepte les données de *Ribbert* et va même plus loin encore en admettant une seule variété de sarcomes, le mélanosarcome, parce que dit-il, même dans les leucosarcomes, on peut trouver des traces de pigment. A propos de la nature chromatophorique des sarcomes *Schreiber* et *Schneider* (2) se sont livrés à des recherches sur la structure des chromatophores par le procédé de *Levaditi*, et ils ont prouvé que ces éléments s'imprègnent de nitrate d'argent, aussi bien quand ils sont pigmentés que lorsqu'ils ne le sont pas, c'est-à-dire à leur stade embryonnaire. Ils ont trouvé en plus que les jeunes chromatophores sont munis de prolongements protoplasmiques.

Ils ont conclu que ces jeunes éléments cellulaires sont les précurseurs des chromatophores pigmentés. Après ces constatations sur les éléments normaux ces auteurs ont appliqué le même procédé sur des coupes de sarcomes en partie seulement pigmentées dans le but d'obtenir l'imprégnation des éléments non pigmentés; mais les résultats furent négatifs, c'est-à-dire que l'imprégnation argentée n'a pas coloré un nombre de cellules plus grand que par les procédés usuels.

Les cellules non pigmentées ne peuvent donc être considérées comme des éléments précurseurs des cellules pigmentées, et ces dernières ne dérivent pas, par conséquent des cellules non mélaniques, comme le supposent *Schiek* et *Ribbert*.

A mesure que le sarcome augmente de volume, par multiplication de ses propres cellules ou par adjonction des éléments voisins, la tumeur se propage d'abord vers l'endroit où la résistance des tissus est moins grande. C'est ainsi, qu'on voit ces tumeurs se porter vers la cavité vitrénne et en dernier lieu vers la sclérotique.

L'arrangement des cellules sarcomateuses autour du vaisseau

(1) SCHIEK, Das Melanosarkom als einzige Sarkomform des Uvealtrakts, Wiesbaden, 1906.

(2) SCHREIBER et SCHNEIDER, *Münchener med. Wochenschrift*, n° 37, 1908.

affecte une forme ronde, ovale ou en arc. Certains auteurs font, dériver les cellules sarcomateuses de l'endothélium vasculaire, d'où la dénomination des sarcomes en endothéliomes ou périthéliomes, mais d'autres auteurs nient l'existence d'un endothélium vasculaire et considèrent les périthéliomes et les angiosarcomes comme des formes spéciales d'accroissement des sarcomes simples.

Le mode de formation du pigment dans les cellules sarcomateuses, malgré les nombreux travaux parus, reste inexpliqué. Les recherches embryologiques prouvèrent, pour ce qui concerne le tractus uvéal, que son pigment provient aussi bien de l'ectoderme que de l'endoderme. Quant à la partie chimique de la question la réaction de *Perls* quand elle est positive, a une grande valeur pour déceler le fer dans le pigment d'origine hématique. Les travaux de *Bertrand* (1) ont jeté une nouvelle lumière sur la question si obscure de la nature du pigment. Cet auteur trouva dans le pigment un ferment, la *tyrosinase*, qui présente les mêmes réactions que la mélanine des mélanosarcomes; il admet, par conséquent, dans les sarcomes, une substance semblable à la tyrosinase.

*Davidson* (2) attribue la formation du pigment en partie à l'adrénaline. Les dernières recherches chimiques tendent à prouver que la mélanine des tumeurs provient de l'action de deux substances, l'une mélanogène, et l'autre mélanozymase, bien que *Fuchs* émette des doutes sur la présence de ces substances dans les tumeurs mélaniques.

On a cherché aussi à éclaircir la question de la provenance du pigment, au point de vue morphologique. On croyait depuis longtemps que le pigment est un dérivé du noyau. *Rössel* (3) a trouvé que les chromatophores au commencement ne contiennent pas de pigment et que leur noyau est riche en chromatine. Or, plus tard quand ces cellules se munissent de prolongements protoplasmiques, la chromatine du noyau émigre dans le protoplasma cellulaire et se change en pigment. Ces constatations furent plus confirmées plus tard par *Meyrowski* (4) pour les mélanosarcomes et

(1) BERTRAND, *Comptes rendus de l'Académie de médecine*, 1896.

(2) DAVIDSON, *Tagung der deutschen pathologischen Gesellschaft*, 1909.

(3) RÖSSEL, *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1904.

(4) MEYROWSKI, Ueber den Ursprung des melanotischen Pigmentes der Haut, und des Auges. *Leipzig*, 1908.

par Szili (1) pour les chromatophores des embryons de poulet.

Fuchs a trouvé, autour des amas de cellules sarcomateuses nécrosées, une zone de phagocytes, dont les prolongements protoplasmiques, qui entrent dans la partie nécrosée, sont munis de pigment, tandis que ceux qui sont en dehors de la zone nécrosée en sont dépourvus. De ce fait, il conclut que le pigment est d'origine protoplasmique et qu'il doit dériver d'une substance mélanogène.

Nous examinerons en dernier lieu la question de la nécrose que l'on observe dans les sarcomes. La nécrose se manifeste toutes les fois que la tumeur tend à traverser un obstacle, comme par exemple la sclérotique. Microscopiquement on trouve tout autour de la zone nécrosée une couche des cellules phagocytaires, que l'on fait provenir des cellules sarcomateuses et plus spécialement des cellules de la périphérie de la zone nécrosée (Fuchs). En dehors de la zone phagocytaire se développe une couche conjonctive d'une épaisseur variable que Fuchs a fait dériver des cellules néoplasiques.

Les causes de la nécrose ont été minutieusement recherchées par Wintersteiner (2) et Fuchs (3). Wintersteiner l'attribue à une différence de l'irrigation du sang dans la tumeur, surtout quand cette dernière possède un pédicule, ou à la suite d'une augmentation de la tension intraoculaire et à la pression consécutive sur les vaisseaux néoplasiques. Fuchs a trouvé que la nécrose apparaît dans les tumeurs d'une grande étendue, et que la pigmentation n'a aucune influence sur sa production, mais que les toxines provoquent plutôt une inflammation. Les premiers signes de la nécrose s'observent loin des vaisseaux, à la suite d'un manque suffisant de nutrition des cellules néoplasiques. Après les premières nécroses se produisent de nouveaux foyers, causés par des toxines issues de foyers nécrotiques. Ces toxines peuvent influencer aussi les membranes profondes de l'œil et provoquer des inflammations de ces dernières. Les nécroses atteignent parfois aussi l'endothélium des vaisseaux de l'œil, d'où surviennent des

(1) SZILI, *Schulze mikroskopische Anatomie*, t. LXXVII, n° 2.

(2) WINTERSTEINER, *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, t. XLV, p. 181, 1907.

(3) FUCHS, Ueber das Sarkom der Aderhaut, nebst Bemerkungen über Nekrose der Uvea. *Graefe's Archiv. für Ophthalmologie*, t. LXXVII, p. 704.

anomalies de la circulation, et surtout il peut apparaître une iridocyclite plastique.

..

En comparant toutes les données jusqu'à présent acquises sur les mélanosarcomes ciliaires avec l'aspect clinique et anatomo-pathologique de notre cas, nous croyons pouvoir émettre les considérations suivantes :

Au point de vue clinique le sarcome du corps ciliaire présente au commencement de grandes difficultés diagnostiques, quand il n'a pas encore acquis un volume suffisant. Mais même quand la tumeur s'est agrandie, on ne peut pas préciser la nature sarcomateuse du néoplasme, parce que nous savons aujourd'hui que dans le corps ciliaire se développent des tumeurs épithéliales et pigmentées, qui simulent cliniquement le sarcome de cet organe. Il est vrai que ces tumeurs apparaissent ordinairement chez les gens âgés, mais ophtalmoscopiquement elles ne diffèrent pas des sarcomes ciliaires. Mais la marche toujours croissante d'un sarcome nous met ordinairement sur la voie du diagnostic de cette tumeur, sauf dans des cas comme le nôtre où la tumeur est restée longtemps stationnaire à la suite d'une nécrose cellulaire.

Faut-il alors dans ce cas-là éviter l'énucléation ? Certes non parce que même dans la supposition que la tumeur est devenue par elle-même à cause de sa nécrose inoffensive, rien ne prouve qu'il ne s'est pas fait déjà une métastase dans une autre partie de l'œil qui pourrait engendrer un nouveau danger pour l'œil et l'organisme. Il est par conséquent de toute nécessité d'après nous de procéder à l'énucléation même s'il s'agit d'une tumeur épithéliale issue de l'épithélium ciliaire, parce que les néoplasmes, malgré leur bénignité, provoquent bien des fois des inflammations oculaires; si bien que la conservation de ces yeux devient impossible.

Au point de vue anatomo-pathologique, notre cas présente les particularités suivantes : ses cellules étaient petites, rondes ou polymorphes et non pas fusiformes, ce qui indique qu'il ne s'agissait pas d'un chromatophore comme l'admettent certains auteurs pour les sarcomes du tractus uvéal, mais que la tumeur s'est développée de l'endothélium des vaisseaux. Si nous insistons sur ce

dernier fait, malgré l'opinion des auteurs qui ont rejeté la provenance des cellules sarcomateuses de l'endothélium vasculaire, et ont nié même l'existence de ce dernier, c'est parce que nous avons été convaincu par l'étude de nos coupes, que l'endothélium des vaisseaux, dans notre tumeur, est absolument identique à celui des vaisseaux normaux, et n'est pas formé de cellules néoplasiques aplaties.

Nous avons vu aussi que notre tumeur contenait des grains pigmentés, qui se réunissaient par endroits à de gros amas recouvrant les masses néoplasiques. L'absence de chromatophores dans la structure du néoplasme nous fait conclure, que le pigment n'est pas dû à ces derniers éléments, mais qu'il doit être considéré comme étant un produit d'élaboration cellulaire, et qu'il ne faut pas l'attribuer aux cellules nécrosées, parce que ce pigment se rencontre aussi dans les cellules sarcomateuses normales.

Ce qui est intéressant encore dans notre tumeur, c'est la nécrose des cellules sarcomateuses. D'après l'étude de nos coupes, le processus nécrotique est en rapport direct avec les vaisseaux, et il commence non pas loin d'eux, mais près de leur lumière. Ainsi on remarque dans une coupe un vaisseau au milieu d'un manchon cellulaire, où une partie des cellules est normale, tandis qu'une autre subit un commencement de nécrose ou même est complètement nécrosée. La circulation du sang est d'une grande importance pour la nutrition des cellules néoplasiques, et si l'irrigation sanguine est incomplète ou suspendue, on a comme conséquence immédiate la nécrose.

En raison de la nécrose étendue des cellules sarcomateuses de notre tumeur, on peut porter un pronostic favorable, au point de vue général et nous avons vu d'ailleurs que notre malade opéré il y a plus de deux ans, n'a pas eu récidives du côté de l'orbite, ni de métastase dans une autre partie du corps.

---

## SUR UN TRAITEMENT PRATIQUE DU TRACHOME

Par **M. BIRNBAUM** (de Pologne).

Étant pendant la guerre chef d'une station de trachomateux, comptant jusqu'à 800 malades, j'ai dû reviser mon opinion sur le traitement du trachome et sa curabilité. Ce n'est pas le but de cette communication de parler de la nature de cette maladie et de son étiologie, mais il importe de dire quelques mots des difficultés que présente parfois le diagnostic.

Contrairement à l'expérience du temps de paix, le trachome se présente, dans le plus grand nombre des cas, sous la forme de granulations et d'épaississement diffus de la conjonctive, forme dite « papillaire ».

Ces cas sont les plus difficiles à identifier. En temps de paix nous avons toujours hésité à accepter à première vue comme trachomateuse une conjonctive qui ne présentait pas au moins quelques granulations bien caractéristiques. Pendant la guerre, nous avons appris que si la conjonctivite granuleuse a un début, ou une évolution plus aigus qu'ordinairement, la conjonctive tout entière présente une infiltration diffuse et un aspect velouté. La sécrétion est dans ce cas un peu abondante et plus liquide.

Étant donné le grand nombre des trachomateux pendant la guerre et la foule des formes « papillaires », nous avons considéré au point de vue thérapeutique comme trachomateux tous les cas avec infiltration diffuse de l'aspect velouté, si toutefois la maladie n'a pas commencé avec une poussée d'ophtalmie comme dans la conjonctivite blennorrhagique et la conjonctivite à bacilles de Weeks.

La longue durée de la maladie, la terminaison avec cicatrices et la résistance que cette forme offre au traitement ont justifié cette façon de voir.

Dans le trachome, bien des choses ont été déjà essayées avec des résultats qu'on ne peut point qualifier de mauvais. Et cependant la plupart des auteurs ne sont pas optimistes pour ce qui est du pronostic et de la durée du traitement.

Pourtant, nous avons appris pendant la guerre que cette maladie guérit bien et vite, avec des moyens pour la plupart déjà

préconisés. Si un trachomateux, après 4 à 5 mois au plus, n'est pas complètement guéri, la faute n'est pas imputable à la maladie, mais plutôt au traitement. Je parle des cas les moins favorables. Les cas les plus favorables peuvent être guéris en 6 à 8 semaines.

Le traitement, comportant plusieurs stades, doit être quotidien et fait par le médecin. Le moyen le plus efficace dans ce traitement, c'est l'emploi des manipulations mécaniques comme nous les décrivons ci-dessous. Mais avant d'indiquer la façon dont nous les appliquons, il faut dire que le trachome au début, surtout le trachome sans granulations caractéristiques, dans sa forme humide, avec sécrétion abondante, se prête peu aux manipulations mécaniques. Il faut le rendre d'abord sec, diminuer la sécrétion et l'irritation.

C'est le *premier stade* du traitement, c'est la période du traitement argentique. Il importe de dire quelques mots sur la technique du traitement avec les sels d'argent. Le plus actif est sans doute le nitrate d'argent à 2 p. 100, appliqué à l'aide d'une spatule en verre, enveloppée d'ouate et imbibée de cette solution, avec laquelle on touche la conjonctive et surtout le cul-de-sac, en faisant suivre d'un lavage au sérum artificiel. Les attouchements de la conjonctive sont préférables à l'instillation, car on peut graduer l'action, en touchant plus ou moins fort. De plus, on peut atteindre tous les replis d'une conjonctive hypertrophiée et, point capital, on a accès jusqu'au cul-de-sac.

Le cul-de-sac, qui joue dans le trachome un rôle tout à fait particulier, exige aussi dans le traitement le plus de soins. Quel que soit le moment du traitement, soit au premier examen du malade, soit dans les applications médicamenteuses, soit au cours des opérations ou des massages, il faut avant tout se préoccuper du cul-de-sac et mesurer l'effet de notre action sur lui. Avec quelque exagération on peut dire que le traitement du trachome c'est le traitement du cul-de-sac.

En appliquant le nitrate d'argent, on arrive à un moment où la sécrétion devient plus épaisse et moins gênante. Dans le trachome ordinaire, avec les granulations caractéristiques, c'est vers la deuxième semaine ; dans le trachome avec une infiltration diffuse la durée est de 3 à 4 semaines. Une fois arrivé à cette période du trachome plus ou moins sec, on laisse de côté le nitrate d'argent pour ne plus l'employer.



Le *second stade* du traitement comporte l'expression des granulations là où elles existent. C'est le début du traitement mécanique.

Beaucoup d'instruments ont été préconisés à cet effet, mais j'ai trouvé que le moyen le moins traumatisant est de se servir des deux ongles des pouces, entre lesquels on saisit le repli chargé de granulations, pour exprimer leur contenu. En cas de lésions plus anciennes et de granulations plus grosses, il vaut mieux avoir recours à la pince de Knapp, entre les branches de laquelle on laisse passer la conjonctive et surtout le cul-de-sac.

Après cette expression et lavage, on frotte la conjonctive avec de l'ouate imbibée d'une solution de sublimé à 1 p. 1.000.

Si on fait l'expression des granulations sur une conjonctive bien sèche et non irritée, on est très agréablement surpris du progrès après cette manœuvre. C'est un tableau tout différent. La conjonctive est devenue lisse et mince et sous l'influence des manipulations mécaniques qui suivent, elle devient toujours sous nos mains de plus en plus fine.

Dans le *troisième stade* du traitement, stade principal, le massage consiste en pressions un peu vives sur la conjonctive et contre-pression sur la peau de la paupière. Elschnig se sert du doigt garni d'une mince couche d'ouate imbibée d'une solution légèrement antiseptique. Il renverse la paupière supérieure et met le doigt sur la paupière inférieure avec laquelle il protège la cornée, il rabat ensuite la paupière supérieure de telle sorte que le doigt se trouve entre la peau de la paupière inférieure et la conjonctive de la paupière supérieure à laquelle il se présente par sa pulpe. Ensuite on presse sur la conjonctive, faisant une contre-pression avec un doigt de l'autre main sur la peau de cette paupière. C'est une pression de divers points en évitant de léser la conjonctive. Le doigt doit naturellement atteindre les points les plus élevés et intéresser toute la conjonctive. On procède de même avec la paupière inférieure.

Un moyen plus simple, que je recommande vivement, c'est le massage avec une baguette en verre, renflée à une de ses extrémités. On l'introduit, après l'avoir désinfectée, sous la paupière et, en l'écartant du globe, on la promène avec une pression un peu forte sur toute la conjonctive en faisant contre-pression avec le doigt. Ici, il n'y a pas de danger de léser l'épithélium, car la sur-

face est lisse. Un autre avantage, par rapport au massage avec le doigt, c'est qu'on peut intéresser le cul-de-sac et les régions latérales de la conjonctive, au niveau de la caroncule, où le trachome persiste le plus longtemps.

Enfin, il y a une troisième manière de faire le massage.

On applique successivement la paupière supérieure et inférieure contre le rebord de l'orbite et on les presse méthodiquement contre lui.

Tout ces massages sont un peu douloureux, quand on les fait comme il faut, car la pression doit être assez forte. Les applications décrites ci-dessus doivent être faites tous les 2 jours.

Après l'expression des granulations on attend 2 ou 3 jours, pour que l'irritation consécutive à l'opération se passe ; on se contente de faire simplement des lavages à l'eau bouillie.

Dans l'intervalle on cautérise avec le sulfate de cuivre pendant toute la durée du traitement, avec ténacité et sans relâche. Le sulfate de cuivre est, dans la main du médecin qui sait l'employer, un moyen inappréciable. Je ne parle que du cristal. Les solutions peuvent être aussi efficaces, mais on n'a pas la possibilité de doser leur action. Ce que nous avons dit des avantages des attouchements par rapport à l'instillation du nitrate d'argent s'applique également au sulfate de cuivre. Il peut être un caustique très profond et d'autre part un topique très doux si l'on ne touche que superficiellement. C'est pourquoi on peut l'employer dans les conjonctivites chroniques rebelles avec les meilleurs résultats. Toutefois, pour bien employer le cristal, il doit être bien aiguisé et monté sur un manche.

Le massage systématique, combiné avec l'application du sulfate de cuivre, constitue dans les cas favorables un moyen suffisant pour rendre à la conjonctive trachomateuse l'aspect normal après 4-6 semaines seulement.

Ces deux moyens se partagent l'effet. Le massage rend la conjonctive fine et le sulfate de cuivre tarit l'hypersécrétion de la conjonctive. Mais leur importance est inégale. C'est le massage qui fait le plus de besogne. Pour en arriver au même résultat avec les moyens médicamenteux seuls, il faudrait de longs mois, voire des années.

A mesure que la sécrétion disparaît, on espace les cautérisa-

tions et on ne les fait que tous les 3 jours et pas profondes. Après 6 semaines si le résultat est satisfaisant, on remplace les cautérisations de sulfate de cuivre par des attouchements avec l'alun, et enfin par des instillations de sulfate de zinc.

Si après 6 ou 8 semaines l'aspect de la conjonctivite redevient normal, on se contente de revoir le malade 1 ou 2 fois par semaine, pour le masser et le toucher après à l'alun.

Les granulations que l'on voit apparaître au cours du traitement, et qu'il faut rechercher, surtout au voisinage de la caroncule, doivent être exprimés, à l'aide d'une pince à dissection sans mors.

Moins favorable au traitement est le trachome à forme papillaire. D'abord il n'y a pas de granulations pouvant être exprimées, à peine quelques-unes dans les angles. D'autre part la sécrétion plus abondante est difficile à influencer. Si l'on pratique dans ces cas l'expression, on voit très souvent l'état empirer.

C'est pourquoi on passe, après le traitement par le nitrate d'argent, au massage et au sulfate de cuivre. On ajoute un troisième moyen, le badigeonnage de la conjonctive avec une solution de sublimé de 1 p. 400 à l'aide d'une baguette de verre enveloppée d'ouate et trempée dans la solution. Ce badigeonnage énergique, intéressant toute la conjonctive et le cul-de-sac, produit une vive réaction: c'est pourquoi on ne le répète que deux fois par semaine, réservant les autres jours pour le massage et la cautérisation.

La durée du traitement de la forme papillaire est deux fois plus longue que celle des formes dans lesquelles on peut exprimer les granulations. Toutefois 4 à 5 mois doivent suffire pour les cas les plus réfractaires.

Quant aux complications cornéennes, je ne les ai jamais vues apparaître pendant le traitement décrit ci-dessus. Lorsqu'elles existaient déjà, je ne les ai jamais considérées comme un obstacle pour le traitement avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent, toutefois avec des attouchements légers. J'ai la conviction que ces moyens, si l'œil n'est pas fortement irrité, agissent de la façon la plus satisfaisante sur le processus cornéen. Je réserve l'anesthésie à la cocaïne pour les manipulations exceptionnelles comme l'expression des granulations, mais pas pour le traitement journalier. Je n'ai jamais vu d'inconvénients.

Quant aux autres opérations radicales contre le trachome l'excision du cul-de-sac, l'incision du tarse, l'électrolyse, etc., je n'ai pas eu à les employer dans les cas méthodiquement traités dès le début.

En usant d'un massage énergique, j'ai réussi à triompher des cas plus anciens.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

---

### I. — Livres nouveaux.

*Chirurgie de l'œil et de ses annexes* (2<sup>e</sup> édition refondue), par F. TERRIEN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. (Masson, éditeur, Paris, 1921.)

Cette nouvelle édition du livre de M. Terrien est à proprement parler un ouvrage nouveau. Plus de 18 ans ont passé depuis que l'auteur faisait paraître chez Steinheil sa 1<sup>re</sup> édition. L'ophtalmologie a réalisé d'immenses progrès. Si la partie médicale a fait de très importantes acquisitions par ses relations plus étroites avec la pathologie générale, dans le domaine des maladies infectieuses et toxémiques, des maladies du système nerveux, de l'appareil cardio-vasculaire et des reins, la chirurgie oculaire n'est pas restée en arrière. On s'en rendra compte en lisant avec attention le bel ouvrage de M. Terrien.

Il paraît au lendemain de la Guerre, qui nous a contraint à réformer bien des points de notre technique opératoire, en la rapprochant davantage de celle de la chirurgie générale : pour les traumatismes par exemple nos idées sur les interventions précoces se sont complètement modifiées. Aussi un chapitre important des notions préliminaires est consacré à la préparation aseptique des instruments et pansements, de l'opéré, de l'opérateur et des aides, ainsi qu'à l'étude de l'anesthésie locale ou régionale, qui a remplacé presque complètement l'anesthésie générale en chirurgie oculaire.

Parmi les opérations nouvelles, une très large place est donnée à la méthode de Lagrange, l'iridosclérectomie, avec les procédés qui en découlent, sclérectomie à l'emporte-pièce ou trépan d'Elliot. Cette place était nécessaire en raison de l'importance capitale de l'opération de Lagrange dans le traitement chirurgical du glaucome, en attendant que nous puissions nous adresser à la cause première de cette terrible maladie.

Les interventions sur les paupières, les muscles de l'œil, l'orbite, l'extraction des corps étrangers, la chirurgie des voies lacrymales, avec leurs techniques nouvelles occupent également des chapitres très intéressants.

L'opération de la cataracte reste la plus importante, la plus délicate et, disons-le, la plus difficile de la chirurgie oculaire. C'est elle surtout qui mérite une description détaillée et minutieuse, non seulement des procédés nouveaux, mais plus encore peut-être des incidents ou accidents pouvant survenir pendant et après l'intervention. Avant d'opérer lui-même, le jeune oculiste doit avoir assisté fréquemment à des extractions de cataracte, ne pas se dire parce qu'il aura vu une opération correcte, qu'elle est facile : ne sait-on pas que le souvenir de fautes opératoires ne s'efface pas facilement de notre mémoire.

L'ophtalmologiste, appelé à donner un enseignement, doit s'attacher à décrire et à pratiquer devant les élèves non pas le procédé le plus brillant, qui étonne la galerie, mais celui qui donne le plus de sécurité. La lecture d'un livre comme celui-ci, l'assistance aux opérations dans une clinique où l'on s'attache à commenter tous les temps de l'intervention sont indispensables. Certes il faut répéter, et à plusieurs reprises, sur les yeux de cadavres ou d'animaux, mais les conditions sont toutes différentes et une longue expérience me permet de dire que seuls exécutent bien la médecine opératoire les élèves qui ont su voir et écouter.

Peut-on dire que ce livre est absolument complet ? Certainement non et je trouve que c'est là un de ses principaux mérites. Si l'on s'efforce de tout dire, et de donner la même valeur à tous les procédés, à tous les instruments qui ont vu le jour, et qui reparaissent périodiquement avec une étiquette nouvelle, on n'arrive qu'à une compilation lourde et fastidieuse.

Pour faire un choix judicieux et pour décrire, parmi les procédés opératoires, celui qui paraît le plus simple et le meilleur, il faut une grande pratique non seulement de la chirurgie, mais aussi de l'enseignement : dans la description, il faut toujours s'inspirer de ce modèle qui est l'admirable Manuel de médecine opératoire de Farabeuf.

Mieux que tout autre, M. Terrien était qualifié pour écrire ce livre. Très habile opérateur, il est, depuis de longues années, intimement associé à l'enseignement de la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris : les nombreuses générations d'étudiants qui, depuis 20 ans, ont suivi cette clinique et spécialement les Cours de Perfectionnement, peuvent attester avec quelle lucidité, quelle méthode impeccable il donne ses leçons. Ce Traité de chirurgie de l'œil est par conséquent indispensable non seulement pour tous les jeunes médecins qui aspirent à devenir ophtalmologistes, mais aussi pour les confrères plus âgés qui trouveront un grand profit à se retremper aux sources et à perfectionner leur technique opératoire.

F. DE LAPERSONNE.

## II. — Société d'Ophtalmologie de Paris.

Séance du 19 mars 1921.

Compte rendu par G. Cousin.

M. P. GIRAUD. — *Un cas d'amaurose totale transitoire avec petite lésion maculaire persistante, à la suite d'ingestion massive de quinine.*

Présentation d'une malade qui fut atteinte de cécité complète onze heures après l'absorption de 6 grammes de quinine dans un but abortif et qui resta dans cet état pendant trente-six heures environ. Au bout d'un mois la vision est redevenue normale. Le fait intéressant rapporté dans cette observation réside en la constatation, dans la région maculaire, de deux petites taches jaunâtres, situées un peu au-dessus du centre fovéal, l'une de la grosseur d'une tête d'épingle, l'autre minuscule.

M. MARC LANDOLT se rappelle dans un cas identique avoir constaté de petits points jaunâtres dans la région maculaire.

M. JOCOS a pu voir chez une malade atteinte d'amblyopie quinique une tache rouge maculaire rappelant celle de l'embolie de l'artère centrale.

MM. DE LAPERSONNE, VELTER, PRÉLAT. — *Dents surnuméraires.*

A été publié dans les *Archives d'Ophtalmologie*, n° 3, t. XXXVIII, pp. 429 et suivantes.

M. A. TERSON. — Il serait intéressant de faire un relevé très complet des inclusions dentaires, orbitaires et périorbitaires, avec ou sans denture régulière sur lesquelles certains travaux ont été publiés surtout à l'étranger. Le cas magnifique présenté en serait l'occasion.

M. VELTER. — *Chute de cheveux après radiographies multiples pour corps étranger de l'œil.*

Le malade présenté, à la suite de radiographies et de radioscopies multiples, a été atteint d'une chute complète de cheveux dans la région occipitale. C'est la recherche de corps étrangers intraoculaires qui avait motivé ces explorations multiples. Les séances radiographiques eurent lieu le 25 et le 27 novembre; le 13 décembre le malade s'aperçut qu'il commençait à perdre ses cheveux dans la région de la nuque, le 18 décembre, toute la région occipitale, dans une zone circulaire de 15 centimètres de diamètre, se présentait absolument glabre, sans aucune modification apparente de la peau. Il ne s'agit d'ailleurs pas là d'un cas unique, d'autres avaient été précédemment observés notamment par MM. Coulela, à Rennes, et Frenkel, à Toulouse.

M. COUTELA a en effet observé une véritable épidémie d'alopécie à la suite de radiographies faites à Rennes pendant la guerre par un préparateur peu expérimenté. Des soldats, peu de jours après leur radiographie étaient réveillés le matin par une sensation de froid à l'occiput : ils y portaient la main et, non sans surprise, constataient leur calvitie. D'autres fois, c'était sur l'oreiller ou dans le pansement qu'on retrouvait tous les cheveux tombés en masse. La surface dénudée était de vaste dimension, il n'y avait pas le moindre signe de radiodermite ; les cheveux repoussaient au bout d'un certain temps.

M. ABADIE. — *A propos de la trépanation rachidienne cervico-dorsale.*

Présentation de la malade dont l'observation a été rapportée à la précédente séance. Opérée, il y a une quinzaine de jours, cette malade est en état de distinguer et de compter les doigts à quelques centimètres.

M. POLACK. — *Brûlure de l'œil par erreur de pharmacien.*

P. regrette que de pareils faits puissent encore se produire et croit qu'ils seraient facilement évitables si les collyres étaient délivrés dans des ballons compte-gouttes appropriés.

M. CAILLAUD. — *L'anisocorie dans le regard latéral observée chez un millier de malades.*

Quand un sujet à appareil normal fixe pendant un moment un doigt très latéralement placé sur la droite, on observe au bout d'un instant que la pupille droite se dilate et que la pupille gauche se contracte un peu. L'inverse se produit dans le regard à gauche. Ce phénomène décrit par Tournay a été observé par C. chez de nombreux malades à affections pupillaires et oculaires multiples. Il a reconnu que les modifications pupillaires en regard latéral étaient presque constantes et s'observaient plus facilement dans les pupilles en état de dilatation (sauf dilatation maxima), même si les pupilles étaient immobiles aux réflexes usuels. Il n'y a guère que dans les cas de myosis que le phénomène peut ne pas être perceptible.

M. COUTELA regrette que les faits observés par Tournay soient si peu connus. Il a pu à maintes reprises en constater la réalité, sinon la constance.

M. MARC LANDOLT a constaté la réalité du phénomène chez l'homme normal. Chez un soldat atteint d'un syndrome oculo-sympathique l'anisocorie augmentait quand le regard était dirigé du côté de la plus grande pupille et diminuait dans la direction opposée. Chez trois blessés présentant un syndrome oculo-sympathique fruste, la recherche du phénomène de Tournay resta négatif.

M. DUCLOS. — *Adénome kystogène ulcéré de la conjonctive bulbaire d'origine dysembryoplasique probable.*

Présentation de coupes.

### III. — Littérature hollandaise.

Année 1920 (seconde partie).

Analysée par le docteur G.-J. Schoute (Amsterdam).

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE, t. II.

TH. E. SERKEILE. — *La loi de Listing concernant les mouvements oculaires*, p. 281.

Pendant une élévation de l'œil  $\alpha$  et un mouvement latéral  $\beta$ , l'œil est tourné autour de son axe sur un angle  $\cos. \alpha : \sin. \beta$ , mais cette rotation est compensée partiellement par un mouvement en sens contraire  $\lg. \frac{\alpha}{2} \times \lg. \frac{\beta}{2}$ . Les deux dernières valeurs seraient seulement égales dans un mouvement latéral (inexécutable) de  $90^\circ$ ; dans toutes les positions possibles la rotation primaire est plus grande que la rotation compensatrice. La différence est la plus grande dans un mouvement latéral de  $45^\circ$ .

E. MARX. — *Symptômes oculaires de l'ostéomyélite de la mâchoire supérieure des nourrissons*, p. 294.

Dans l'empyème de la mâchoire supérieure, on observe un gonflement de la paupière inférieure avec chémosis, fistules dans la paupière ou dans la région du sac lacrymal, et, quand les cellules ethmoïdales sont infectées, exophtalmie et stase dans la rétine.

G. N. WISSELINK. — *Un cas de kératite en grillage*, p. 312.

Guérison rapide dans un cas rebelle par traitement par l'urotropine.

J. A. ROORDA SMIT. — *Cachexie pseudo-sénile dans la syphilis*, p. 394.

Les symptômes oculaires de la cachexie présénile des syphilitiques se montrent surtout sur l'œil droit : Cataracte, glaucomes, hémorragies de la rétine, névrite optique, nystagmus.

G. J. SCHOUTE. — *Accommodation par déplacement des lunettes*, p. 403.

La formule de Gauss  $F'' = \frac{f \times \varphi''}{\varphi' + f - d}$  fait supposer que la force ré-



fringente des lunettes est d'autant moindre que la distance  $d$  entre l'œil et les lunettes est plus grande. Mais le rapetissement de  $F''$  est compensé par un déplacement du second point principal et le résultat est que l'agrandissement de  $d$  est suivi d'une augmentation de la force réfringente des lunettes.

H. WEVE. — *Sur l'augmentation de la pression intra-oculaire par seringueurment froid des deux conduits auriculaires*, p. 635.

Le seringueurment des deux oreilles est suivi d'une augmentation de la pression intra-oculaire sans altération de la pression sanguine, générale et locale, sans contraction des muscles des paupières ni des fibres lisses de l'orbite.

S. P. BAKKER. — *Affection de la moitié du chiasma des nerfs optiques*, p. 254.

Un abcès de la moitié droite du chiasma était cause d'une stase papillaire et d'une protrusion de l'œil droit avec une paralysie de l'oculo-moteur, puis d'une hémianopsie de l'œil gauche ; la malade mourut d'une méningite après perforation de l'abcès.

J. VAN DER HOEVE. — *Tétanie après lésion de l'œil*, pp. 1173-1258.

Les lésions par échardes de bois sont très dangereuses ; une injection de sérum antitétanique est indiquée dans ces circonstances.

G. F. ROCHAT. — *Immobilité artificielle dans les opérations oculaires*, pp. 1177-1261.

L'auteur préconise les injections musculaires de 1 centimètre cube de novocaïne-adréraline autour de l'orbite.

A. VERWEG. — *Démonstration d'un nouveau principe de l'extraction de la cataracte*, p. 1259.

Modification de l'appareil de Barraquer.

L. BIERENS DE HAAN. — *Le sens lumineux des myopes*, p. 1262.  
(Voir ces Archives, 1929, p. 634.)

A. VERWEG. — *Essai d'une détermination générale de la vision nécessaire dans les divers métiers et de la perte de la valeur économique*, pp. 1262-1342.

La corrélation entre la vision et la capacité au travail est représentée dans une projection tridimensionnelle. On peut y construire des lignes

« isoénergétiques » dont tous les points ont la même valeur visuelle des deux yeux ensemble. Pour un métier donné, l'on n'aura qu'à fixer la vision nécessaire et, on trouvera sur une ligne isoénergétique toutes les combinaisons dont les deux yeux sont capables.

J. VAN DER HOEVE. — *Symptômes oculaires dans la sclérose tubéreuse du cerveau* (adénome sébacé), pp. 1263-2080-2744.

Chez 5 enfants idiots avec sclérose tubéreuse du cerveau de Bourneville, l'auteur a trouvé des complications oculaires encore inconnues : tumeurs et kystes de la papille et de la rétine. Il a pu suivre le développement d'un kyste qui s'agrandit, puis dégénère, se rompit et se déchargea dans le corps vitré pour se reformer de nouveau.

K. WEVECTA-SOXNEN — *Sur l'influence des excitations coloriques du labyrinthe sur la position des yeux dans les paralysies oculaires*, p. 1128.

On a prétendu que le seringueant des deux oreilles à la fois fait contracter tous les muscles oculaires et par conséquent ne change aucunement la position des yeux. Ceci n'est pas juste, car, dans les cas de paralysie d'un seul muscle, les yeux restent aussi tout à fait immobiles.

E. MARX. — *Sur l'influence de la malformation du crâne sur la forme de l'orbite à l'occasion d'un cas de malformation du crâne remarquable*, p. 1758.

Dans une forme d'oxycéphalie et de scaphocéphalie les yeux, de grandeur normale, étaient très saillants hors de l'orbite. Les orbites étaient trop courtes parce que le cerveau s'agrandissant dans le crâne trop étroit avait repoussé les grandes ailes du ptérygoïde en avant, et avait attiré par la pression le corps du ptérygoïde en bas, les os ethmoïde et lacrymal en arrière.

E. D. SRUBEN. — *Un cas d'empoisonnement par les graines de datura stramonium*, p. 1510.

Hallucinations et paralysie des pupilles pendant 3 jours, comme dans l'empoisonnement atropinique, chez un garçon ayant trouvé et mangé beaucoup de graines de la pomme épineuse.

C. OTTO ROELOFS. — *L'avancement des lunettes comme moyen d'accommoder*, p. 1891.

Non seulement dans l'hypermétropie, comme l'avait calculé Schoute, mais aussi dans la myopie, l'avancement des lunettes peut remplacer l'accommodation. La formule  $l_1 \times l_2 = F^2$  nous apprend cela en toute simplicité.

J. H. KUYJER. — *La radiothérapie des tumeurs de l'hypophyse*, p. 1971.

On peut obtenir des améliorations, quelquefois assez remarquables, par traitement avec le radium et les rayons X.

H. F. DEELMAN. — *Un appareil pour photographier l'exophtalmie*, p. 1164.

Deux miroirs sont posés aux côtés de la tête sous un angle de 45° avec le plan sagittal. Avec une chambre double, la tête est photographiée des deux côtés et la planche montre les distances de la glabelle jusqu'aux sommets des cornées.

C. OTTO ROELOFS. — *Un cas d'herpès Zoster cornéen avec complications*, p. 2876.

Le cas était compliqué d'une parésie oculo-motrice totale, d'une kératite ponctuée superficielle et, probablement aussi, d'un herpès de l'iris. Il persistait une parésie réflexe de la pupille et des atrophies locales de l'iris.

#### IV. — Varia.

CARRÈRE. — *Un cas de kyste hydatique de l'orbite*. Communication à la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, 19 décembre 1919.

Un enfant de 2 ans et demi, à la clinique du professeur H. Truc, présente une tumeur qui fait saillie au niveau du cul-de-sac supérieur de l'œil droit. La ponction donne issue à un liquide louche riche en polynucléaires dont 26 p. 100 d'éosinophiles ne contenant aucun élément anormal. Alcalin au tournesol, le liquide contient 0 gr. 80 d'albumine et 5 gr. 5 de NaCl par litre.

L'incision permet l'extraction d'une vésicule présentant les caractères hydatiques. L'absence de crochets, de scolex, de vésicules filles fait porter le diagnostic de kyste hydatique acéphalocyste. Guérison rapide et complète.

JOSEPH LAVAGNA. — *Contribution à l'étude des troubles oculaires paludiques en Macédoine*. Thèse de Montpellier, 23 juin 1920, n° 163.

L'auteur rapporte douze observations de complications oculaires au cours du paludisme. Les symptômes fonctionnels ont consisté en crises d'amblyopie intermittente et d'amaurose transitoire mono ou binoculaires, rétrécissement concentrique du champ visuel, céphalalgies, photophobie, larmoiement. Les symptômes objectifs observés étaient, une

ischémie artérielle notable avec congestion veineuse très prononcée, myosis pendant l'accès, parésie accommodative.

Dans un long chapitre sur le diagnostic différentiel, l'auteur discrimine l'intoxication quinique, puisque tous les malades ont été guéris par la quinine. Le regretté Chavernac dans son étude si complète : « Les complications oculaires du paludisme » avait déjà fait parfaitement ressortir l'extrême rareté de l'amaurose et de l'amblyopie quini-ques, puisqu'il n'en avait trouvé que trois cas dans toute l'Armée d'Orient.

La pathogénie des lésions ressort, pour l'auteur, de l'action toxique des hématozoaires. Il faudrait, semble-t-il, y ajouter comme l'a fait Chavernac, la nature du parasite (*plasmodium falciparum*) l'état de débilité physique des soldats exténués par les fatigues du combat, par le climat, par les blessures.

Le pronostic a été favorable dans tous les cas grâce au traitement par la quinine associée, selon les indications, aux injections de strychnine, huile camphrée et cholestérine ou au cocadylate de soude.

L. CARRÈRE.

RAYNAUT FERDINAND. — *Streptothricose des canalicules lacrymaux*. Thèse de Montpellier, 1920.

L'auteur rappelle dans un court historique, l'évolution des idées sur les tumeurs parasitaires des voies lacrymales et les notions aujourd'hui classiques, grâce aux travaux de Gurby, Graefe, Colon, Morax, Landrieu; il rapporte trois cas de tumeurs du canalicule lacrymal inférieur dues au *Streptothrix Foersteri*, observés dans le service de M. le Professeur Truc.

L'auteur consacre plusieurs chapitres à l'étude de l'étiologie, de la pathogénie, du diagnostic, du pronostic, du traitement, de cette affection qu'il propose de dénommer : « Streptothricose des canalicules lacrymaux », et qu'il faut distinguer de l'actinomycose trop souvent confondue avec elle.

L. CARRÈRE.

M. CAUCHOIS. — *Traitement de l'exophtalmos pulsatile*. Bulletin de la Société de Chirurgie. Séance du 2 février 1921, p. 153.

C... rapporte un cas d'exophtalmos pulsatile droit survenue à la suite d'une fracture du crâne. La ligature de la carotide primitive droite n'amena qu'une amélioration très passagère; un mois plus tard, l'état du blessé avait empiré, les bruits intra-craniens s'étant exagérés et devenant insupportables. Avant de se décider à la ligature de la carotide primitive gauche, C... fit plusieurs séances de compression de cet artère; il en résultait une atténuation du souffle, mais par contre une cécité et une obnubilation qui ne cessaient qu'avec le rétablissement de la circulation sanguine. Malgré l'éventualité de désordres oculaires graves, le blessé accepta l'opération qui fut pratiquée 6 semaines après la pre-

mière. Elle ne fut suivie d'aucun trouble cérébral ou oculaire. On constata, au contraire, une diminution de l'exophtalmos et la disparition du souffle. Actuellement, le malade se trouve en parfait état, mais il est encore trop tôt pour tirer une conclusion définitive des résultats obtenus par l'opération.

C... profite de cette communication pour passer en revue les différentes opérations préconisées contre l'exophtalmos. La ligature d'une seule carotide primitive, bien supportée, donne les résultats suivants : 150 cas, mortalité 10 p. 100, guérisons 65 p. 100, insuccès 25 p. 100. L'adjonction de la ligature de la carotide interne ou externe ne semble pas donner de sérieux avantages. La ligature des deux carotides primitives est mieux supportée qu'on ne pourrait le croire : sur 17 cas il n'y a eu que 2 morts, et encore chez l'un d'eux la double ligature fut pratiquée en une seule séance. Les autres cas se résument ainsi : 3 insuccès, 10 améliorations, 2 guérisons complètes. A l'étranger, enfin, on pratique la ligature des veines orbitaires, surtout de la veine ophtalmique supérieure. Sur 13 observations relatées, il y a eu 11 guérisons, 2 améliorations. Il est bon de noter que 9 fois la ligature veineuse a complété la ligature carotidienne.

G. COUSIN.

G. L. DREYFUS. — *L'état du liquide céphalo-rachidien. Critérium du pronostic et du traitement au divers stades de la syphilis nerveuse.* Munchener Medizinische Wochenschrift, t. LXVIII, n° 49.

L'examen du liquide céphalo-rachidien doit être fait d'une façon minutieuse à toutes les périodes de la syphilis nerveuse. L'existence d'une réaction B.-W. positive est toujours d'un pronostic sérieux.

Dans la syphilis primaire ou secondaire récente, D... trouve chez 80 p. 100 des malades une augmentation de la pression, puis une réaction albumino-cytologique, quelquefois déjà une réaction de B.-W. positive. Avec un traitement précoce et intensif ces phénomènes rétrocedent le plus souvent. Une deuxième ponction lombaire doit être pratiquée 1 an après la première. Si le liquide est devenu normal, on peut espérer éviter les complications nerveuses de la syphilis.

Dans la syphilis latente, le liquide est altéré dans 20 p. 100 des cas. Il faut alors se hâter d'instituer un traitement qui fasse disparaître cet état de choses, car il précède de longtemps une neuro-syphilis.

Dans la syphilis nerveuse, le liquide est toujours altéré, et le traitement ne donne que rarement des résultats appréciables et définitifs. Ce n'est qu'après de nombreuses injections d'arséno-benzol que le liquide peut redevenir définitivement normal. Un an après la fin de ces injections, si le liquide n'est plus altéré, le pronostic pourra être assez favorable.

Dans la syphilis cérébro-spinale, toute modification du liquide est un indice d'un processus en activité qui réclame un traitement. Au con-

traire, un liquide normal montre l'intégrité du système nerveux ou la guérison de manifestations nerveuses, si elles ont existé.

Dans le tabès le liquide céphalo-rachidien présente des variations peu en rapport avec les signes cliniques, 80 p. 100 des tabétiques vus par D... avaient un liquide plus ou moins altéré, cependant il est difficile d'admettre qu'un liquide normal signifie la guérison du tabès ou son arrêt de développement. Le traitement doit être continué sans arrêt pendant 3 ou 4 ans ; seulement, si le liquide est normal ou presque normal, on peut espérer une évolution bénigne. Par contre un liquide plus ou moins modifié n'implique pas une évolution progressive de l'affection.

G. COUSIN.

P<sup>r</sup> A. COUVELAIRE. — *A propos de deux cas de rétinite gravidique.*

Gynécologie et Obstétrique. N° de décembre 1920, p. 305 et suiv.

C... fait les remarques suivantes : ces deux rétinites se sont développées dans la première moitié de la gestation, contrairement à l'habitude. Elles étaient associées au syndrome d'insuffisance rénale, oligurie, albuminurie, hypertension artérielle. Les œdèmes ont fait totalement défaut. Dans un des cas, l'albuminurie est arrivée après la rétinite ; par contre, la céphalée et l'hypertension artérielle existaient déjà. Les deux rétinites n'ont pas coïncidé avec un état d'hyperazotémie. On n'a en effet jamais trouvé plus de 0 gr. 48 d'urée par litre. L'hyperazotémie peut donc manquer dans ces rétinites ; quand elle existe du reste elle est passagère. Le dosage de la cholestérine fait dans un des cas a donné des chiffres (2 gr. 30) légèrement supérieurs à ceux trouvés par Chauffard et Grigant pendant la gestation.

L'évolution a été assez différente dans l'une ou l'autre de ces rétinites. Dans la première la guérison a été rapide et s'est maintenue parfaite ; dans l'autre, les lésions oculaires se sont résorbées lentement ; il est bon de noter que, chez cette deuxième malade persiste un syndrome très atténué d'insuffisance rénale. Bien que la rétinite gravidique présente un pronostic moins grave que les rétinites des brightiques hyperazotémiques ou hypercholestérinémiques, il ne faut pas oublier que la toxine dont fait partie la rétinite est d'une gravité incontestable.

Les indications thérapeutiques se posent dans deux conditions différentes : 1<sup>o</sup> La femme est sous le coup d'une intoxication massive, la rétinite n'est qu'une lésion de second plan, l'évacuation rapide de l'utérus s'impose, elle n'empêche pas toujours la femme de mourir ; 2<sup>o</sup> La rétinite fait partie d'un syndrome ne mettant pas la vie de la femme en danger, la rétinite tient la première place des préoccupations de l'accoucheur. En l'absence d'une réaction favorable et rapide au traitement médical (purgatifs, saignée, régime hydrique ou lacté), il faut se hâter d'intervenir.

L'avenir des femmes ayant présenté des rétinites gravidiques est grave au point de vue des gestations ultérieures. Si la récidive n'est pas fatale elle est fréquente. Une nouvelle gestation ne devra être permise

qu'après un retour cliniquement parfait à la santé. Dans ce cas, la femme sera soumise pendant tout le temps de sa grossesse au traitement des brightiques. On ne négligera à aucun moment de la surveiller tant au point de vue général qu'oculaire.

G. COUSIN.

J. VITRAC. — *Fracture de l'occipital droit. Lésions cérébrales à gauche par contre-coup avec paralysie oculo-motrice rare.* — Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux. Année 1920, n° 19, p. 219.

Pendant les 10 premiers jours, signes de commotion générale et bulbaire avec vomissements, tendance au ralentissement de la respiration et somnolence. Les jours suivant apparition de diplopie, puis d'une parésie droite surtout marquée au niveau de la main. L'examen oculaire fait plus complètement a montré une paralysie incomplète du pathétique ayant comme cause probable une simple contusion par contre-coup de la substance cérébrale au niveau de la région motrice et nucléaire de la IV<sup>e</sup> paire. La parésie et la diplopie ont régressé progressivement ce qui est bien en faveur de la contusion.

G. COUSIN

WALTER, E. DANDY. — *Localisation ou élimination des tumeurs cérébrales par ventriculographie.* — Surgery, Gynecology and Obstetrics. Année 1920, n° 4, pp. 329-342.

D... décrit une nouvelle méthode de localisation des tumeurs du cerveau basée sur la constatation des déformations qu'elles imposent au ventricule. A cet effet le ventricule est ponctionné, une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien extraite et remplacée par de l'air. Les ventricules latéraux peuvent être insufflés isolément. On fait une première radiographie par inclinaison de la tête, on fait passer l'air successivement dans l'autre ventricule latéral (deuxième radiographie), puis dans la troisième ventricule (troisième radiographie). Les déformations ventriculaires constatées sur les clichés permettent de diagnostiquer le siège de la tumeur.

L'injection d'air faite sous anesthésie locale n'est pas dangereuse. Cette méthode, pour D... présente l'énorme avantage de permettre un diagnostic précoce et d'instituer le seul traitement rationnel, l'excision.

G. COUSIN.

C. VINCENT. — *Existe-t-il des syphilis nerveuses en activité sans réaction méningée.* — La Médecine, 2<sup>e</sup> année, n° 5, février 1921, pp. 380-382.

Après avoir rapporté 2 observations qui rentrent dans le cadre des syphilis nerveuses sans réaction méningée, V... conclut que la disparition de la réaction méningée chez un sujet n'implique pas que celui-ci

soit à l'abri, pour l'avenir, de tout accident nerveux d'origine syphilitique. On ne doit pas se hâter d'affirmer cliniquement l'arrêt de la maladie dans son évolution ni supprimer radicalement le traitement spécifique. Il faudra, au contraire, le reprendre avec une grande énergie à l'apparition de tout nouvel accident.

G. COUSIN.

G. GUILLAIN, GUY LAROCHE, P. LEHELLE. — *La réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques nerveux.* — La Médecine, 2<sup>e</sup> année, n° 5, février 1921, pp. 370-374.

Pour pratiquer cette réaction, il est besoin de deux solutions : une solution de 10 centigrammes de chlorure de sodium chimiquement pur dissoute dans 1.000 grammes d'eau distillée. Pour obtenir la 2<sup>e</sup> solution on fait dissoudre 1 gramme de résine de benjoin dans 10 centimètres d'alcool absolu ; au bout de 48 heures, on décante et on n'utilise que le liquide limpide ainsi obtenu ; on verse 0 cc. 3 de cette solution dans 20 centimètres cubes d'eau distillée chauffée à 35 degrés. Ce milieu doit toujours être fraîchement préparé.

La réaction s'effectue ainsi : dans une série de 13 tubes à hémolyse on verse dans le premier tube 0 cc. 25 de la solution de NaCl ; dans le deuxième tube, 0 cc. 50 ; dans le troisième, 1 cc. 50 ; dans les autres tubes, 1 centimètre. On ajoute en brassant : au premier tube, 0 cc. 75 de liquide céphalo-rachidien, au deuxième tube, 0 cc. 50 ; au troisième, 0 cc. 50 ; puis on prélève dans ce troisième tube 1 centimètre cube de la dilution et on le verse dans le quatrième tube ; on brasse le mélange, on reprend 1 centimètre cube qu'on verse dans le cinquième tube et ainsi de suite jusqu'au quinzième tube. On verse enfin dans chacun des tubes 1 centimètre cube de la solution de benjoin. On laisse la réaction s'effectuer à la température de la salle. Il est entendu que le liquide céphalo rachidien ne doit contenir aucune trace de sang.

La lecture de la réaction peut être faite au bout de 6 à 12 heures. Dans les tubes positifs la précipitation du benjoin est absolue, le liquide clair, la résine s'élève au fond du tube. Dans les tubes négatifs l'aspect louche subsiste sans aucun précipité. Il peut y avoir une réaction subpositive avec le liquide trouble et culot abondant. Un liquide céphalo-rachidien normal donne souvent une réaction de précipitation dans les tubes 6, 7 et 8, mais jamais dans les tubes 1, 2, 3, 4 et 5 qui constituent la zone syphilitique de la réaction.

Résultat : dans la paralysie générale, précipitation totale dans les 10 premiers tubes ; dans le tabès en évolution, réaction positive au moins dans les 6 premiers tubes ; dans le tabès fixe, réaction subpositive dans les 4 premiers tubes ; dans les formes évolutives de la syphilis cérébro-spinale, à la suite de lésions vasculaires ou méningées, réaction positive. Dans les réactions méningées de la syphilis secondaire si lymphocytose et hyperalbuminose légères, réaction négative ; si



lymphocytose et hyperalbuminose marquées, réaction subpositive ou positive.  
G. COUSIN.

A SEZARY. — *Traitement du tabès*. — La Médecine, 2<sup>e</sup> année, n° 5, février 1921, pp. 405-409.

Le résultat le plus important qu'on puisse espérer, avec le traitement spécifique, dans le tabès, consiste soit dans l'arrêt de l'évolution de la maladie, soit seulement dans son ralentissement. En outre, il faut noter l'heureuse action du traitement sur l'état général des tabétiques.

Il n'y a pas de règle absolue dans le maniement des agents thérapeutiques, mais on peut indiquer des notions générales. Il est bon d'associer les composés mercuriels à l'arséno-benzol ou à l'hectine et de débiter par des doses faibles de ces produits. On pratiquera par exemple, sauf intolérance 8 à 10 injections hebdomadaire de calomel, puis une série d'injections d'arséno-benzol (5, 30, 40, 60 egr.), on répètera cette dose 4 ou 8 fois. On pourra ainsi pendant des années, avec des périodes de repos plus ou moins longues, faire alterner les composés mercuriels et arsenicaux. A côté de ce traitement du tabès confirmé, il en est un autre plus précoce, mais plus efficace puisqu'il peut détruire le tabès *in ovo* ; c'est le traitement antisiphylitique institué chez tout malade présentant des lésions nerveuses latentes, révélées dès le premier stade de la syphilis par la ponction lombaire.

G. COUSIN.

#### V. — Revue des Thèses.

P. GERDIL. — *Contribution à l'étude des troubles oculaires consécutifs à une otite moyenne*. Thèse de Paris, 1921.

Les complications oculaires rencontrées au cours des otites moyennes se résument en la paralysie du nerf moteur oculaire externe qu'on rencontre dans 9 p. 100 des cas, et la stase papillaire avec ou sans névrite, d'une grande fréquence, puisqu'elle est mentionnée dans 60 p. 100 des observations.

La paralysie du nerf moteur oculaire externe est surtout rencontrée au cours des complications endo-cranienne des otites. Elle reconnaît des causes assez diverses : foyer de méningite circonscrite, abcès du cervelet, thrombo-phlébite. Cependant on a signalé des cas où la paralysie survient sans complications endo-craniennes. La pathogénie en est alors assez difficile à expliquer : il semble bien probable qu'il s'agisse néanmoins d'une affection intéressant directement le nerf.

Les altérations du nerf optique au cours des otites se présentent sous deux formes : stase papillaire simple, sans signes fonctionnels immédiats lorsqu'il n'existe que de l'hypertension ventriculaire ; stase avec névrite et diminution rapide de la vision, lorsque à l'hypertension ventriculaire s'ajoute une infection méningée le long des gaines du nerf optique. Seul,

l'examen systématique du fond de l'œil, au cours d'otites moyennes s'accompagnant de signes généraux permettra de dépister ces altérations du nerf optique.

Le traitement découle de la précocité du diagnostic. Il peut donner de bons résultats dans la stase papillaire surtout. La ponction lombaire rendra des services dans les hypertensions légères, à condition d'être répétées à plusieurs reprises. C'est surtout à la craniectomie décompressive qu'il faut avoir recours dans les cas d'hypertension avec stase papillaire. Pour être utile, l'intervention doit être faite avant que l'atrophie optique ne s'installe et ne domine l'évolution des lésions oculaires.

Dans les stases avec névrites, la vaccinothérapie reste indiquée surtout si le germe infectieux a pu être décelé. G. COUSIN.

C. CUVILLIER. — *De la mesure de la déviation dans le strabisme.*

Thèse de Paris, 1920.

Il s'agit surtout dans ce travail de la mesure du strabisme chez les hypermétropes. Théoriquement, cette mensuration doit être faite quand le bon œil regarde au loin puisque c'est seulement à ce moment que les deux axes oculaires devraient être parallèles, s'il n'y avait pas de strabisme. Il y a toujours un écart de plusieurs degrés, quand le bon œil fixe l'arc périmétrique ; cet écart sera naturellement plus marqué chez les hypermétropes, car ceux-ci même dans la vision à 5 mètres accommodent. Une bonne mesure ne pourra être obtenue que par la suppression de l'accommodation à l'atropine ; cependant la mesure du strabisme avec convergence n'est pas négligeable à connaître, puisqu'elle permet de mesurer le strabisme dans l'attitude de la vie courante.

De ces indications découle le procédé de mesure préconisé par Wiart. Deux mensurations en effet sont effectuées : la première en convergence, la seconde après atropinisation.

Dans la première mensuration en convergence, l'œil dévié est placé au centre du périmètre, l'œil de l'observateur au sommet de l'appareil. L'œil non dévié regarde et fixe le doigt que l'observateur promène le long de l'arc périmétrique. Quand le reflet de la bougie, qui est au centre du périmètre, montre que le centre de la pupille de l'œil dévié est bien en face du zéro, on note le chiffre de la graduation sur lequel le doigt de l'observateur s'est arrêté : ce chiffre indique l'angle de déviation. Pour la seconde mensuration sous l'atropine, l'œil sain cette fois sera placé au centre du périmètre. L'observateur est en face du sujet. Il cherche alors à amener le centre de la cornée de l'œil dévié de façon à le faire coïncider avec le zéro. Pour arriver à ce résultat, il fait regarder l'œil sain au loin dans la direction d'un de ses doigts qu'il déplace le long de l'arc périmétrique. Lorsque le centrage cherché est obtenu, le doigt marque sur le périmètre le degré du strabisme.

Le procédé décrit a l'inconvénient de nécessiter deux mesures, mais il a l'avantage de donner des mesures scientifiques exactes et de mesurer des strabismes divergents considérables. G. COUSIN.

E. LACOSTE. — *De la suture précoce des plaies de la cornée et de la sclérotique*. Thèse de Paris, 1921.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'a été posé le principe que toute plaie pénétrante de l'œil doit être chirurgicalement fermée de façon précoce. Il y a seulement discussion sur la méthode opératoire à employer. Pour beaucoup d'auteurs, le recouvrement conjonctival est le traitement de choix. L... montre que le recouvrement conjonctival et la suture cornéenne ou sclérale ont leurs indications précises. Si la plaie est petite, si les lèvres se coaptent bien, le recouvrement conjonctival s'impose. Si, au contraire, la plaie est étendue, bâille largement, il faut avoir recours à la suture, complétée au besoin par le recouvrement. La suture exige du reste quelques précautions ; elle doit être faite dans les vingt-quatre premières heures qui suivent la blessure ; elle exige une asepsie rigoureuse. Sous ces réserves les résultats obtenus sont quelquefois inespérés soit au point de vue de la conservation de l'œil, soit au point de vue de la restitution plus ou moins complète de la vision.

G. COUSIN.

## NOUVELLES

### HOMMAGE AU PROFESSEUR F. DE LAPERSONNE.

Le mardi 3 mai à 4 heures et demie a eu lieu, à l'Hôtel-Dieu, la remise à M. le Professeur F. de Lapersonne de la Croix de Commandeur de la Légion d'honneur.

L'amphithéâtre de la clinique Panas était trop petit pour contenir la foule des élèves et amis qui avaient tenu à apporter au maître le témoignage de leur affectueuse sympathie et de leur reconnaissance. Tout d'abord M. Daniel Vincent, ministre du Travail, remplaçant M. le ministre de l'Instruction publique, retraça la belle carrière de M. de Lapersonne, tout entière consacrée à l'enseignement depuis plus de 33 ans, les grands services rendus par lui à l'ophtalmologie et les sympathies de tous.

Puis la cravate lui fut remise par M. le médecin inspecteur Sieur qui lui donna l'accolade.

Prîrent ensuite la parole M. le Doyen Roger, au nom de la Faculté de médecine, du Conseil de surveillance de l'Assistance publique et des amis de M. de Lapersonne. Il sut trouver des mots pleins de charme et de cordialité pour lui dire toute la joie éprouvée par ses amis, en particulier pour ceux qui comme lui le connaissant de longue date, ne pouvaient être étonnés de sa brillante carrière.

M. le secrétaire général de l'Assistance publique, remplaçant M. Mourié, empêché, apporte au professeur les remerciements des malades de la clinique et M. F. Terrien dit en termes émus toute l'affection et la reconnaissance des élèves de M. de Lapersonne.

M. Abadie, doyen des ophtalmologistes, toujours alerte, apporte au maître aimé le souvenir de tous ses confrères ; des fleurs furent offertes à Mme de Lapersonne et chacun se réjouit de cette petite fête qui four-

nit aux nombreux amis et élèves de M. de Lapersonne l'occasion de lui témoigner toute la joie que leur causait la distinction si méritée qui venait de lui être conférée.

..

#### UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

#### Cours de perfectionnement du Professeur Lagrange.

avec la collaboration de MM. les Professeurs agrégés CABANNES, RÉCHOU et TEULIÈRES, M. le docteur BEAUVIEUX, chef de laboratoire, et MM. les docteurs PESME et DUTHIL, chefs de clinique.

*du vendredi 1<sup>er</sup> au mercredi 20 juillet 1921*

avec examens cliniques, exercices ophtalmoscopiques et de réfraction, médecine opératoire spéciale et technique de laboratoire.

Clinique ophtalmologique de l'Hôpital Saint-André. Tous les matins, de 9 heures à 11 heures. Consultation expliquée par le Professeur Lagrange.

Examens ophtalmoscopiques et exercices de réfraction sous la direction des Chefs de clinique.

#### LEÇONS ET TRAVAUX PRATIQUES

*Vendredi 1<sup>er</sup> juillet, 11 heures* : Les lésions oculaires dans les traumatismes du crâne et de la face. — *17 heures* : Cathétérisme et lavage des voies lacrymales. Incision et extirpation du sac lacrymal. Extirpation des glandes lacrymales.

*Samedi 2 juillet, 11 heures* : Les tumeurs de l'œil. — *17 heures* : Prélèvement des liquides ou sécrétion à examiner ; méthodes d'examen (frottis, culture, inoculation). Réactifs ; coloration. Réaction de Bordet-Wassermann.

*Lundi 4 juillet, 11 heures* : La radioscopie et la radiographie en ophtalmologie. Les aimants. — *17 heures* : Opération du ptosis. Traitement chirurgical du trachome ; de l'entropion ; de l'ectropion.

*Mardi 5 juillet, 11 heures* : Glaucome : pathogénie et symptôme. — *17 heures* : Corps étrangers de la cornée. Suture de la cornée. Paraëntèse. Kératotomie. Sclérotomie antérieure et postérieure.

*Mercredi 6 juillet, 11 heures* : Notions nouvelles sur la pratique de la skiascopie. — *17 heures* : Propriétés physiques de l'œil normal. Accommodation, convergence, acuité visuelle. L'ophtalmoscope.

*Jeudi 7 juillet, 11 heures* : Les états infectieux de l'œil. — *17 heures* : Résection des hernies iriennes. Iritomie. Iridectomie. Irido-capsulotomie. Sclérecto-iridectomie.

*Vendredi 8 juillet, 11 heures* : Les sérums et les vaccins en ophtalmologie. — *17 heures* : Opération de la cataracte sénile avec ou sans iridectomie. Cataractes congénitales (Indications opératoires : choix d'un procédé ; technique).

*Samedi 9 juillet, 11 heures* : L'action des rayons X et du radium sur l'œil normal et sur les néoplasies de l'œil et de la région orbitaire. — *17 heures* : Bactériologie oculaire.

*Lundi 11 juillet, 11 heures :* La méthode fistulante de Lagrange : ses applications. — *17 heures :* Opérations portant sur les muscles de l'œil (strabisme). Ténotomie. Avancements musculaires ou capsulo-musculaires. Combinaison de la ténotomie et de l'avancement.

*Mardi 12 juillet, 11 heures :* Les yeux hypotonés. Le relèvement de la tension oculaire (colmatage). — *17 heures :* De l'image renversée. De l'image droite.

*Mercredi 13 juillet, 11 heures :* Complications oculaires de l'encéphalite épidémique (encéphalite léthargique). — *17 heures :* Biopsies. Fixation des pièces. Inclusion. Coloration. Histologie normale de l'œil.

*Vendredi 15 juillet, 11 heures :* Considérations étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques sur le strabisme interne fonctionnel. — *17 heures :* Opérations portant sur le globe. Amputation du segment antérieur. Eviscération. Enucléation. Exentération.

*Samedi 16 juillet, 11 heures :* La cataracte sénile. Etiologie, pathogénie, symptômes. — *17 heures :* Anatomie pathologique de l'œil (Tuberculose oculaire).

*Lundi 18 juillet, 11 heures :* Opération de la cataracte. Choix du meilleur procédé opératoire selon la variété clinique. — *17 heures :* La skiascopie.

*Mardi 19 juillet, 11 heures :* Les hémorragies intra-oculaires et l'état général. — *17 heures :* Exentération de l'orbite. Orbitotomie. Résection temporaire de la paroi externe de l'orbite (opération de Krönlein).

*Mercredi 20 juillet, 11 heures :* Des opérations plastiques en ophtalmologie. — *17 heures :* Anatomie pathologique. Tumeurs malignes intra-oculaires.

Pendant la durée de ce cours de perfectionnement les auditeurs pourront examiner les cas particulièrement intéressants observés dans la clinique dans le courant de l'année. Ces malades dont on a conservé l'adresse seront invités à revenir.

Les Docteurs et Étudiants, français et étrangers, qui désirent suivre ce cours, doivent se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux avant le 25 juin 1921 (Droits à verser 150 francs). — Un certificat spécial sera délivré à la fin du cours. — Le nombre des auditeurs est limité à 25.

..

#### Monument Brisseau.

Dans sa séance du 9 mai, la Société française d'Ophtalmologie a décidé de souscrire une somme de 500 francs pour le monument Brisseau.

Les confrères, qui n'auraient pas encore envoyé leurs souscriptions, sont priés de l'envoyer le plus tôt possible à M. le docteur Terrien, 48, rue Pierre-Charron, Paris, secrétaire du Comité français. La souscription doit être prochainement close.

---

*Le Gérant :* OCTAVE PORÉE.

---

Paris. — Imprimerie E. ARNAULT et C<sup>e</sup>, 7, rue Bourdaloue.

MASSON ET C<sup>IE</sup>, ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Avril 1921

OPHTALMOLOGIE

# Chirurgie de l'Œil et de ses Annexes

PAR

F. TERRIEN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS  
OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL BEAUJON

*Deuxième Édition augmentée et entièrement refondue.*

Un volume de 620 pages avec 495 figures... .. 50 fr. net.

**L**A chirurgie de l'œil est à la fois très précise et très délicate, d'où la nécessité, pour atteindre le maximum de netteté dans l'opération, de connaître toutes les indications et les contre-indications opératoires, les soins à donner à l'opéré en cas normal et dans les complications si fréquentes qui suivent l'intervention. Ces *indications opératoires* et la *technique* sont décrites dans cet ouvrage avec le souci d'être complet, en un mot de réaliser un *Traité* de chirurgie oculaire.

Après avoir rappelé les précautions à prendre avant toute intervention et les notions anatomiques essentielles, sont exposées dans tous leurs détails les opérations pratiquées sur le globe et sur les annexes.

Les techniques nouvelles sont décrites avec tout le développement qu'elles méritent. L'ouvrage est abondamment illustré, réalisant un enseignement complet par l'image.

# Ophtalmologie du Médecin praticien

PAR

le D<sup>r</sup> TERSON

*Deuxième édition augmentée.*

Un vol. de 550 p. avec 356 fig. (Collection du Médecin praticien). 26 fr. net.

---

**Q**U'IL s'agisse d'*urgence* médicale ou chirurgicale par traumatisme de l'œil ou du reste du corps, ou par affection spontanée à marche aiguë, qu'il s'agisse de complication oculaire au cours d'une maladie déjà en traitement, le médecin devra décider s'il peut seul et avec succès traiter un malade, ou s'il doit s'aider d'un spécialiste.

Cet ouvrage, dont la première édition a obtenu un plein succès, et qui est autre chose qu'un manuel, contient, sur tous les points que le médecin peut rencontrer dans la pratique, des idées et des directives personnelles.

---

# L'Anesthésie Locale en Ophtalmologie

PAR

le D<sup>r</sup> DUVERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE  
A LA FACULTÉ DE STRASBOURG

Un volume de 96 pages avec 19 figures ... .. 6 fr. 50 net.

---

**S**I beaucoup de spécialistes hésitent à adopter l'anesthésie locale, c'est qu'elle exige, avec une sûreté et une habileté que seules peuvent donner les connaissances anatomo-physiologiques spéciales, certaines règles précises de technique sans lesquelles il est impossible d'obtenir un résultat favorable. Ce sont elles que le D<sup>r</sup> Duverger expose pour la première fois dans ce livre.

---

MASSON ET CIE, ÉDITEURS

---

# Précis d'Ophthalmologie

par le D<sup>r</sup> V. MORAX

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Un vol. de 880 pages (Collection de Précis Médicaux) avec 450 figures et 4 planches hors texte en couleurs. Broché ... 34 fr. net; Cartonné toile ... 37 fr. net.

**L**A troisième édition du *Précis d'Ophthalmologie* a été l'objet d'une revision des plus attentives sans que le plan initial et la classification des affections oculaires suivant leur étiologie aient été modifiés. Par contre, les chapitres consacrés à la *sémiologie* ont été multipliés, et l'auteur a jugé utile de rédiger un chapitre entièrement nouveau intitulé *Symptômes oculaires dans les affections du système nerveux central*.

Les améliorations techniques ont entraîné une mise au point nouvelle des procédés d'examen et des indications thérapeutiques. On trouvera notamment : la description de la méthode de *Bailliant* pour l'analyse de la *circulation intra-oculaire*, la technique de l'*anesthésie locale* appliquée actuellement à la presque totalité des cas de chirurgie oculaire ou ortho-faciale ; les perfectionnements apportés au cours de la guerre aux différents procédés d'autoplastie, etc., etc.

---

# Thérapeutique Oculaire

par le D<sup>r</sup> Georges ROBERT

ANCIEN ASSISTANT DE LA CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS  
ANCIEN ÉLÈVE DE L'INSTITUT PASTEUR

Un volume de 168 pages... .. 6 fr. net.

**C**E petit livre a un objet bien défini : ce n'est ni un abrégé d'ophtalmologie, ni un « memento » clinique à l'usage des spécialistes. C'est un précis de thérapeutique oculaire et son originalité est de n'être qu'un recueil de traitements exposés, classés et commentés.

Pour chaque maladie des yeux, on y trouvera l'exposé complet de toutes les ressources thérapeutiques actuellement utilisées.

---

PARIS (VI)



**Archives d'Ophtalmologie**, publiées par les professeurs DE LAPERSONNE, LAGRANGE, TRUC, ROLLET, FRÆNKEL, DUVERGER, et le D<sup>r</sup> LANDOLT. Secrétaires de la Rédaction : D<sup>r</sup> F. TERRIEN et M. LANDOLT. — 12 numéros par an :

France..... 40 fr. | Étranger..... 50 fr.

**Manuel de Neurologie oculaire**, par F. DE LAPERSONNE, professeur de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu à la Faculté de médecine de Paris, et A. CANTONNET, chef de la clinique ophtalmologique. Un vol. in-8 de XVI 368 pages, avec 106 figures dans le texte..... 6 fr. 50 net.

**Diagnostic des troubles de la motilité oculaire**, par le D<sup>r</sup> E. LANDOLT. Édition française par le D<sup>r</sup> Marc LANDOLT. Un vol. in-8 de 100 pages avec 27 figures en noir et en couleurs ..... 3 fr. net.

**Examen des mouvements normaux et pathologiques des yeux**, par le D<sup>r</sup> E. LANDOLT. Un vol. de 150 pages avec 52 figures..... 6 fr. net.

**Atlas d'Ophtalmoscopie de guerre** (Texte français et anglais), par F. LAGRANGE, professeur à la Faculté de Bordeaux. Un vol. grand in-8 de 198 pages et 100 planches dont 20 en trichromie ..... 40 fr. net.

**Les fractures de l'orbite par projectiles de guerre**, par F. LAGRANGE. Un vol. in-8 écu avec figures et 6 planches hors texte..... 5 fr. net.

**Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes**, par F. LAGRANGE. Deux volumes formant ensemble 1754 pages avec 418 figures et 30 planches. Chaque volume..... 33 fr. net.

Fondée en 1837

# Maison LUER

F. et D<sup>r</sup> WULFING-LUER Succ<sup>r</sup>.

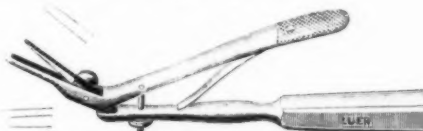
Instruments de Chirurgie et Appareils de Médecine

104, Boulevard Saint-Germain, Paris (VI<sup>e</sup>)

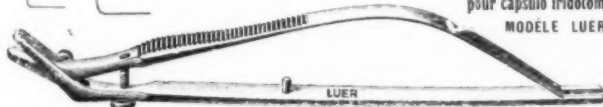
Téléph. : 808 13-90



Tréphine Cornéenne  
du D<sup>r</sup> Elliot  
3 diamètres  
1, 1 1/2, 2 mm  
MODÈLE LUER



Pince emporte-pièce avec pointe tranchante  
du Professeur de Lapersonne  
pour capsulo iridotomie.  
MODÈLE LUER



Pince emporte-pièce pour sclérectomie du Prof<sup>r</sup> Lagrange. Largeur 3 et 4 mm  
MODÈLE LUER

CATALOGUES  
SUR  
DEMANDE

- 1<sup>er</sup> pour l'OPHTALMOLOGIE.
- 2<sup>nd</sup> pour l'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.
- 3<sup>rd</sup> pour la CHIRURGIE GÉNÉRALE (en préparation).

## POMMADES OPHTALMIQUES

H. CHIBRET Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

Clermont-Ferrand

en tubes à canules dévissables et stérilisables



POMMADES

- à l'oxyde jaune de mercure.
- à 1 - 2 - 3 et 5 0/0.
- à l'aristol, au vioforme.
- à la cocaïne, à l'atropine.
- à l'oxyde de zinc, au bleu de méthylène.
- à l'ETHYLHYDROCUPREINE (Optochine).

Marque déposée  
"OPTIMA"

Envoi d'échantillons gratuits sur demande à MM. les Oculistes

SYPHILIS GRANULES  
SIROP

# LUDIN

TRAITEMENT  
MERCURIEL  
DISSIMULÉ

3

Granules

1

Cuill. à soupe  
de SIROP

1

Centigramme  
H.G. métal

LABORATOIRES REY-VICHY

STAN

OXYL

# STANNOKYL

## FURONCULOSE

ET

### TOUTES MALADIES A STAPHYLOCOQUES

(Anthrax, Acné, Orgelets, Abscess du sein)

USAGE INTERNE: COMPRIMES, AMPOULES, CACHETS

USAGE EXTERNE: STANNOKYL LIQ. 10%, BAIN, POMMADE, GLYCERE, GAZE

Produits à base d'étain et d'oxyde d'étain préparés sous le  
contrôle scientifique de A. FROUIN

LABORATOIRE ROBERT ET CARRIERE 37, RUE DE BOURGOGNE, PARIS

## CAMPHO-CUIVRE

(Camphorate double de cuivre et de méthylpyrocatechine)

Le **CAMPHO-CUIVRE** est un succédané indolore (sans cocaïne) des sels de cuivre et remplace avantageusement les collyres aux sels de cuivre et cocaïne.

Efficacité remarquable dans les **TRACHOMES** et les **CONJONCTIVITES FOLLICULAIRES**.

Echantillons gratuits de **TUBES BLACHE** au **CAMPHO-CUIVRE** sur demande adressée à

**A. CHAUVIN**, Docteur en Pharmacie      **AUBENAS** (Ardèche)

Vente en gros.

## POMMADE LYNX

Tonique, dépurative des paupières,

Vente en gros:

PARIS  
**MICHELAT & Co**  
43,  
rue des Francs-Bourgeois.  
BRUXELLES  
**DELACRE & Co**  
rue Villa Hermosa

de **C. CATTET**  
Pharmacien-  
Chimiste  
de 1<sup>re</sup> Classe.  
**CAUDRY**  
(Nord).



Le pot: 4 francs, envoi 1<sup>er</sup> contre prix.

ALGER  
**BOUCHER**  
& **THURLIN**  
ORAN  
**LA GALILEENNE**

Contre : tremblements; tics, bouffissure des paupières, chute des cils, paupières rouges, collantes, granulations, yeux tachés, sanguinolents, sablonneux, sensibles, larmoiements. Détail dans toutes pharmacies

# YEUX ARTIFICIELS

DOCTEUR COULOMB

28, Rue Vignon - PARIS

*Renseignements & Bibliographie sur demande.*





## SOMMAIRE (suite)

### REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

F. TERRIEN, Chirurgie de l'œil et de ses annexes . . . . . p. 308

**Société d'Ophtalmologie de Paris** (séance du 19 mars 1921), compte rendu par G. COUSIN. — M. P. GIRAUD, Un cas d'amaurose totale transitoire avec petite lésion maculaire persistante, à la suite d'ingestion massive de quinine, p. 305. — MM. DE LAPERSONNE, VELTER, PRÉLAT, Dents surnuméraires, p. 305. — M. VELTER, Chute de cheveux après radiographies multiples pour corps étranger de l'œil, p. 305. — M. ABADIE, A propos de la trépanation rachidienne cervico-dorsale, p. 306. — M. POLACK, Brûlure de l'œil par erreur de pharmacien, p. 306. — M. CAILLAUD, L'anisocorie dans le regard latéral observée chez un millier de malades, p. 306. — M. DUCLOS, Adénome kystogène ulcéré de la conjonctive bulbaire d'origine dysembryoplasique probable, p. 307.

**Littérature hollandaise**, année 1920 (seconde partie). Analysée par le docteur G.-J. SCHOUTE. — TH. E. SERKEILE, La loi de Listing concernant les mouvements oculaires, p. 307. — E. MARX, Symptômes oculaires de l'ostéomyélite de la mâchoire supérieure des nourrissons, p. 307. — G. N. WISSELINK, Un cas de kératite en grillage, p. 307. — J. A. ROORDA SMIT, Cachexie pseudo-sénile dans la syphilis, p. 307. — G. J. SCHOUTE, Accommodation par déplacement des lunettes, p. 307. — H. WEVE, Sur l'augmentation de la pression intraoculaire par seringueement froid des deux conduits auriculaires, p. 308. — S. P. BAKKER, Affection de la moitié du chiasma des nerfs optiques, p. 308. — J. VAN DER HOEVE, Tétanie après lésion de l'œil, p. 308. — G. F. ROCHAT, Immobilité artificielle dans les opérations oculaires, p. 308. — A. VERWEG, Démonstration d'un nouveau principe de l'extraction de la cataracte, p. 308. — L. BIERENS DE HAAN, Le sens lumineux des myopes, p. 308. — A. VERWEG, Essai d'une détermination générale de la vision nécessaire dans les divers métiers et de la perte de la valeur économique, p. 308. — J. VAN DER HOEVE, Symptômes oculaires dans la sclérose tubéreuse du cerveau, p. 309. — K. WEVE et A. SONNEN, Sur l'influence des excitations coloriques du labyrinthe sur la position des yeux dans les paralysies oculaires, p. 309. — E. MARX, Sur l'influence de la malformation du crâne sur la forme de l'orbite à l'occasion d'un cas de malformation du crâne remarquable, p. 309. — E. D. STRUBEN, Un cas d'empoisonnement par les graines de datura stramonium, p. 309. — C. OTTO ROELOFS, L'avancement des lunettes comme moyen d'accommoder, p. 309. — J. H. KUYJER, La radiothérapie des tumeurs de l'hypophyse, p. 310. — H. F. DEELMAN, Un appareil pour photographier l'exophtalmie, p. 310. — C. OTTO ROELOFS, Un cas d'herpès Zoster cornéen avec complications, p. 310.

**Varis.** — CARRÈRE, Un cas de kyste hydatique de l'orbite, p. 310. — JOSEPH LAVAGNA, Contribution à l'étude des troubles oculaires paludiques en Macédoine, p. 310. — HAYNAUT FERDINAND, Streptothricose des canalicules lacrymaux, p. 311. — M. CAUCHOIS, Traitement de l'exophtalmos pulsatile, p. 311. — G. L. DREYFUS, L'état du liquide céphalo-rachidien. Critérium du pronostic et du traitement aux divers stades de la syphilis nerveuse, p. 312. — P. A. COUVELAIRE, A propos de deux cas de rétinite gravidique, p. 313. — J. VITRAC, Fracture de l'occipital droit. Lésions cérébrales à gauche par contrecoup avec paralysie oculo-motrice rare, p. 315. — WALTER, E. DANDY, Localisation ou élimination des tumeurs cérébrales par ventriculographie, p. 314. — C. VINCENT, Existe-t-il des syphilis nerveuses en activité sans réaction méningée, p. 314. — G. GUILLAIN, GUY LAROCHE, P. LEHELLE, La réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques nerveux, p. 315. — A. SEZARY, Traitement du tabès, p. 316.

**Revue des Thèses.** — P. GERDIL, Contribution à l'étude des troubles oculaires consécutifs à une otite moyenne, p. 316. — C. CUVILLIER, De la mesure de la déviation dans le strabisme, p. 317. — E. LACOSTE, De la suture précoce des plaies de la cornée et de la sclérotique, p. 318.

**Nouvelles** . . . . . p. 318



MAISON SPÉCIALE POUR LA VUE  
Exécution de toutes Prescriptions médicales

**MARGAILLAN**

Opticien Breveté S. G. D. G.

Successeur de **BOUZENDROFFER**

Spécialité de boîtes de verres et lunettes d'essai.  
Instruments d'ophtalmologie. Appareils d'acoustique pour la surdité

130, Rue du Bac, PARIS, 7<sup>e</sup> Arrond. (en face le Bon Marché)

TÉLÉPHONE : Saxe 38-96



**OPOTHÉRAPIE  
HÉMATIQUE**

SIROP DE  
**DESCHIENS**

à l'Hémoglobine

REMPLECE  
VIANDE CRUE  
et Ferrugineux

DOSE :

Une cuillerée à soupe à chaque repas.

DESCHIENS, DOCTEUR EN PHARMACIE  
9, Rue PAUL-BAUMER — PARIS

**VIN GIRARD**

Iodo-Tannique Phosphaté

1 ou 2 verres à madère par jour, au début des repas

KÉRATITE PHLYCTÉNULAIRE .. . . . LYMPHATISME

DACROCYSTITE D'ORIGINE OSSEUSE .. TUBERCULOSE

A. GIRARD, 48, Rue d'Alésia, PARIS

Paris, imprimerie E. ANNAUT et C<sup>ie</sup>, 7, rue Bourdonne.

